



This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

- + *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
- + *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
- + *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
- + *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at <http://books.google.com/>



A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

Nous vous demandons également de:

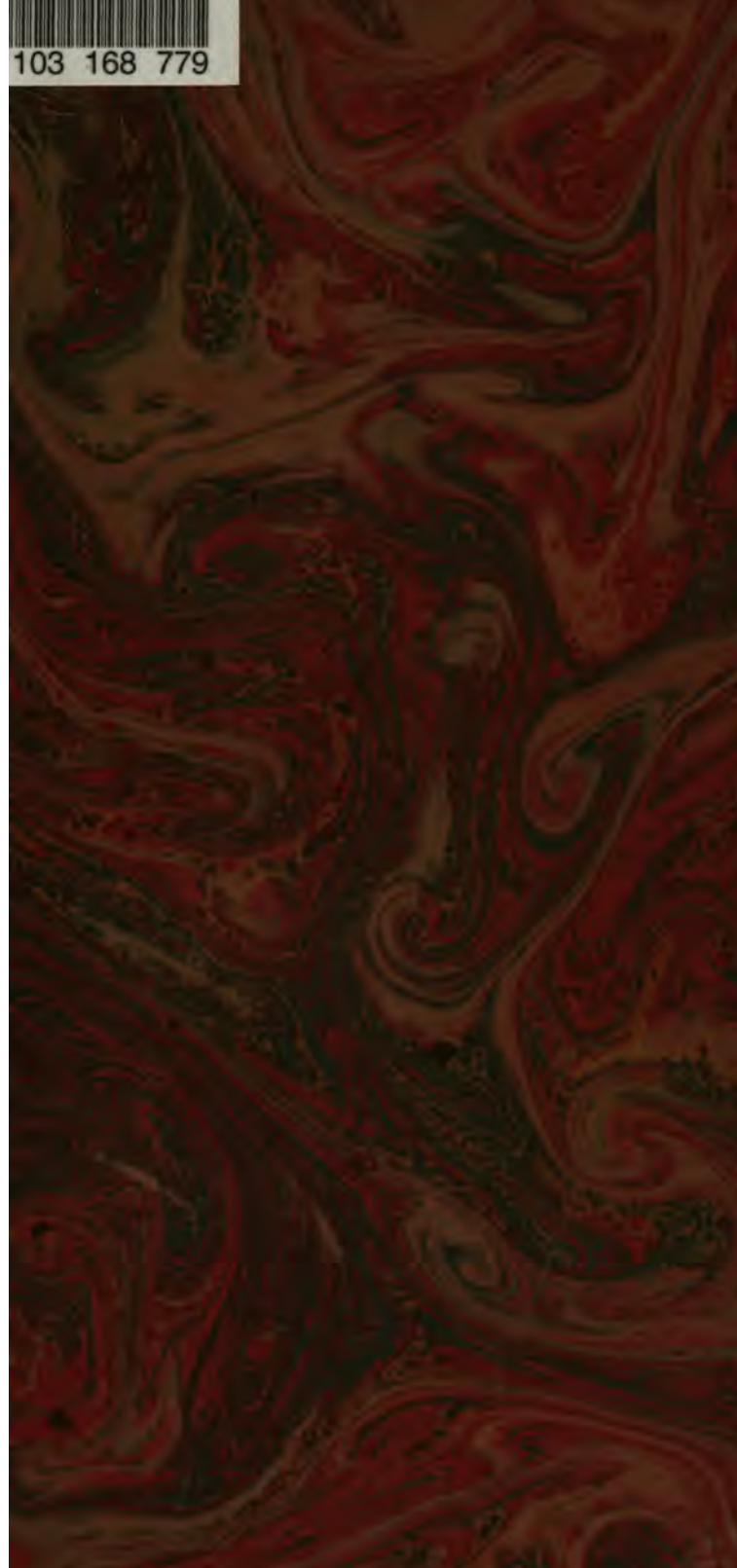
- + *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.
- + *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.
- + *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.
- + *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse <http://books.google.com>



103 168 779

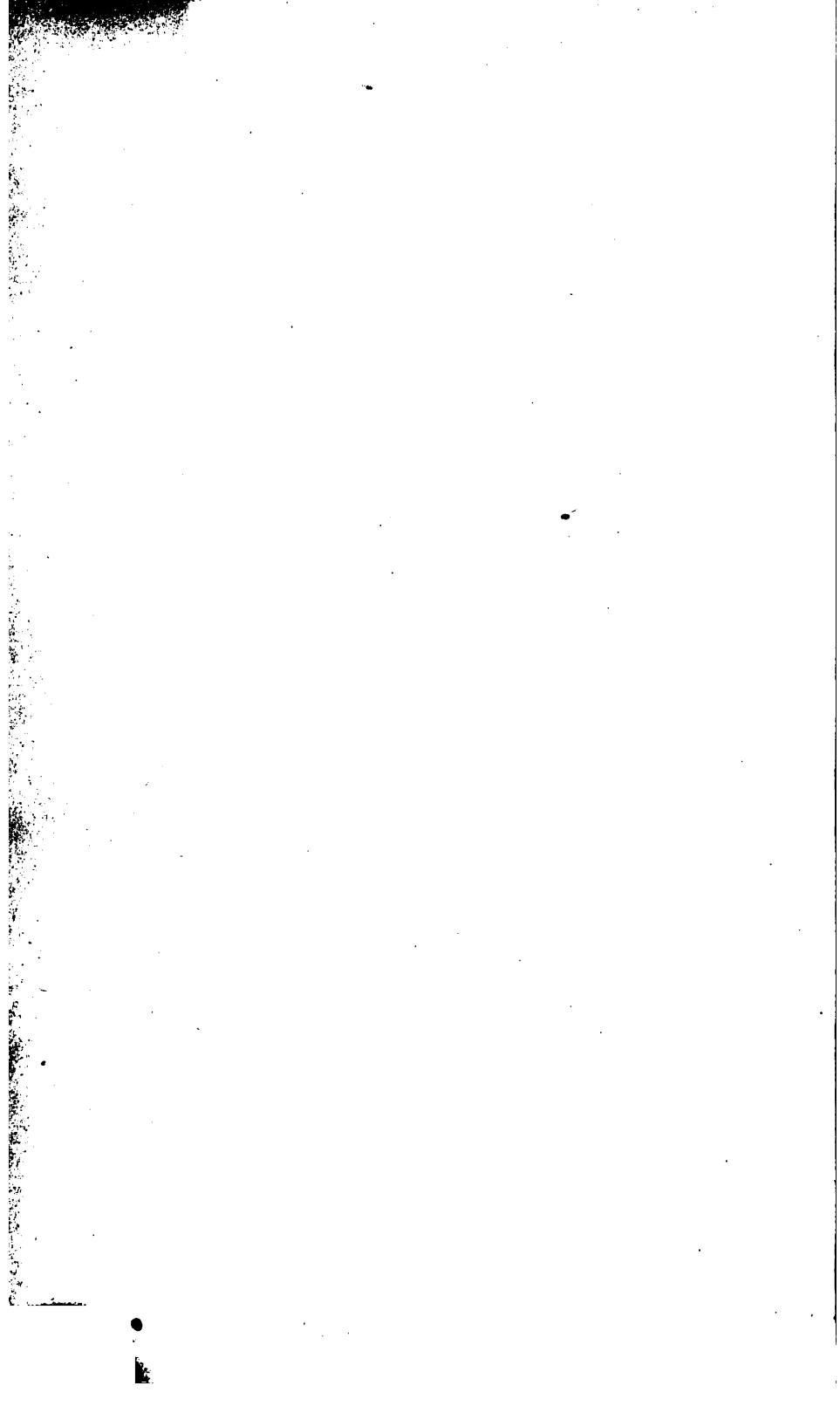




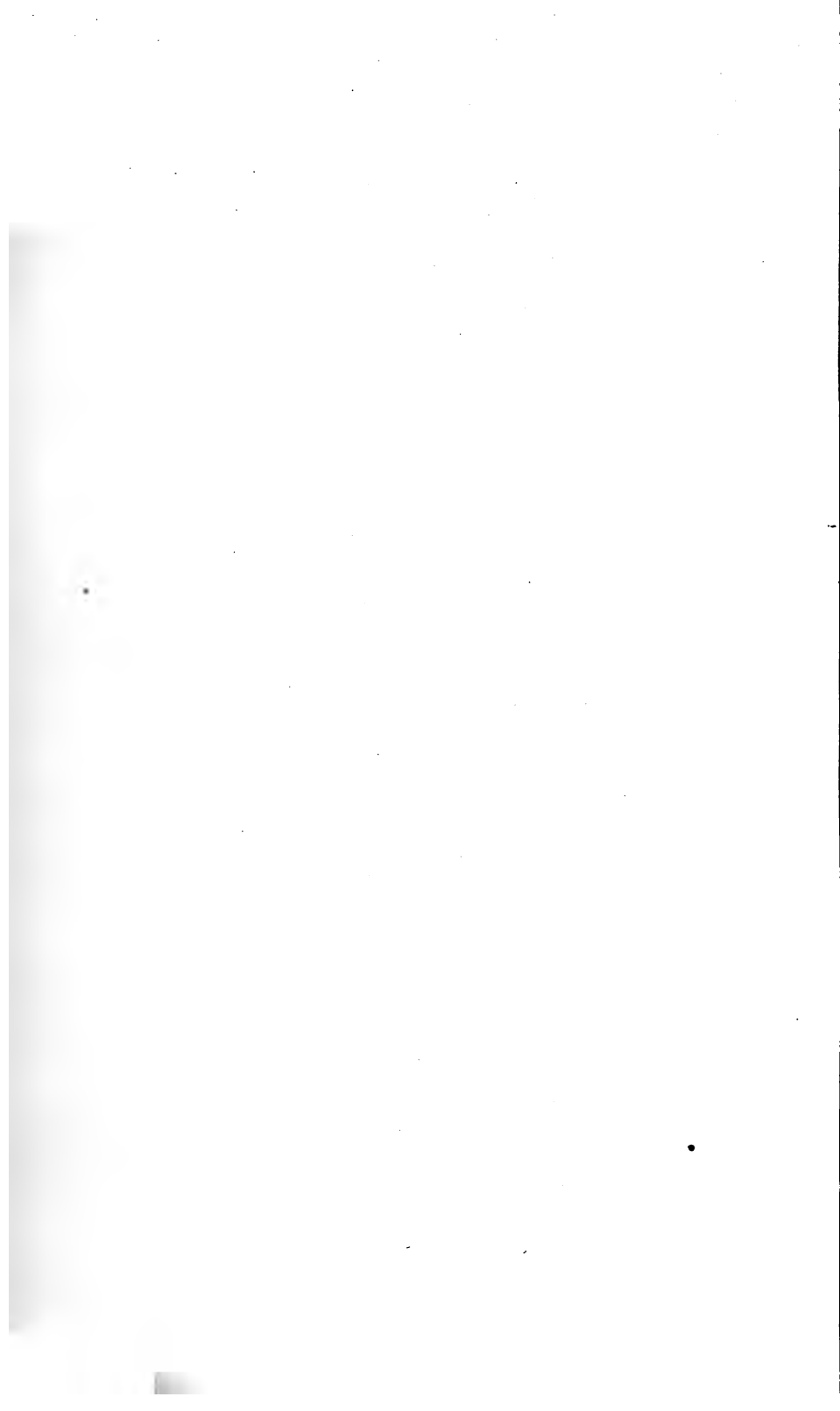
HARVARD LAW LIBRARY

Received JUN 8 1925









BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ
DE
MÉDECINE LÉGALE
DE FRANCE

1923
3
172
5

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ
DE
MÉDECINE LÉGALE
DE FRANCE

Fondée le 10 Février 1868

RECONNUE COMME ÉTABLISSEMENT D'UTILITÉ PUBLIQUE
PAR DÉCRET DU 22 JANVIER 1874

38^e année. — 2^e série. — Tome I.



PARIS

A. MALOINE

LIBRAIRE-ÉDITEUR

25, rue de l'Ecole-de-Médecine, 27

MARCHAL-BILLARD

LIBRAIRE DE LA COUR DE CASSATION

27, Place Dauphine, 27

1904

JUN 8 1925

STATUTS

DE LA

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE

TITRE PREMIER

But et constitution de la Société

ARTICLE PREMIER. — La *Société de médecine légale*, fondée à Paris le 10 février 1868, a pour objet de faire progresser la science et de prêter un concours désintéressé dans toutes les circonstances où elle peut être consultée, dans l'intérêt de la Justice (1).

ART. 2. — La Société se compose de Membres titulaires, de Membres honoraires et de Membres correspondants, nationaux ou étrangers.

ART. 3. — Les Membres titulaires sont choisis parmi les personnes qui cultivent une branche quelconque des sciences médicales et parmi celles qui s'occupent de droit et de jurisprudence.

ART. 4. — Le nombre des Membres titulaires est fixé à soixante (2). Dans le nombre total, les Magistrats ou les Avocats figureront pour un quart.

TITRE II

Condition d'admission.

ART. 5. — Tout candidat au titre de *Membre titulaire* doit adresser à la Société une demande écrite et la faire appuyer par deux Membres (3).

Il est fait un rapport sur la demande, par une Commission de trois Membres.

ART. 6. — Toute élection ne pourra avoir lieu que dans la séance qui suivra le rapport sur la candidature.

Pour cette séance, le nom du candidat sera porté à l'ordre du jour avec l'indication du titre qu'il demande.

ART. 7. — Toute élection a lieu au scrutin secret et à la majorité absolue des membres présents.

ART. 8. — Peuvent devenir *Membres honoraires* :

1° Les Fondateurs qui en feront la demande, après la première année d'existence de la Société ;

(1) La Société ne saurait accepter la mission de désigner un de ses membres comme *expert* dans une affaire spéciale, alors même que cette désignation lui serait demandée par la Justice. (Délibération du 10 février 1873 ; Bulletin III, 154.)

(2) A plusieurs reprises, l'augmentation du nombre des *membres titulaires* de la Société a été proposée ; mais ces propositions ont toujours été retirées par leurs auteurs ou repoussées. (Voir notamment les séances des 9 novembre 1868, 6 janvier et 14 juin 1869 ; Bulletin I, 414, 417 et 434.)

(3) Ce rapport n'est publié dans le Bulletin de la Société qu'autant que celle-ci en a *expressément* ordonné l'impression. (Délibération du 14 janvier 1901, Bulletin XVII, p. 16).

2° Les membres titulaires qui en feront la demande, après cinq années de participation à ses travaux ;

3° Les personnes qui auront prêté leur concours et leur appui à la Société, ou qui auront contribué, de quelque manière que ce soit, à sa prospérité.

Le nombre des membres honoraires de cette dernière catégorie ne devra pas dépasser douze.

ART. 9. — Les *Membres correspondants* sont choisis parmi les personnes qui réunissent les conditions d'admission des membres titulaires.

Leur élection aura lieu dans les formes prescrites pour l'élection des membres titulaires.

Le nombre des *correspondants nationaux* ne devra pas dépasser cent ; sept au plus pour chaque ressort de cour d'appel (1).

Le nombre des *correspondants étrangers* n'est pas limité.

TITRE III

Administration de la Société

ART. 10. — La Société est administrée par un Bureau, qui la représente officiellement.

ART. 11. — Le Bureau se compose de : 1 Président, — 2 Vice-Présidents, — 1 Secrétaire général, — 2 Secrétaires des séances, — 1 Trésorier, — 1 Archiviste.

ART. 12. — Le Président est élu pour deux ans. Il n'est rééligible qu'un an au moins après avoir cessé ses fonctions.

Les Vice-Présidents et les Secrétaires des séances sont élus pour un an ;

Le Secrétaire général, le Trésorier et l'Archiviste sont élus pour trois ans ;

Ils sont immédiatement rééligibles.

ART. 13. — La Société se réunit en séance au moins une fois par mois, sauf pendant la durée des vacances (2).

Elle peut avoir des séances extraordinaires.

ART. 14. — Les Membres honoraires et les Membres correspondants peuvent prendre part aux discussions ;

Les Membres titulaires et les Membres honoraires ont seuls voix délibérative.

ART. 15. — La Société peut recevoir des communications de personnes étrangères. Ces communications doivent être manuscrites. Le sujet et les conclusions du travail doivent être soumis, au préalable, au Bureau de la Société. Après la lecture, le travail est renvoyé à l'examen d'une commission pour en faire l'objet d'un rapport, s'il y a lieu.

(1) Une proposition concernant l'augmentation du nombre des *membres correspondants* et la réglementation de l'honorariat a été repoussée (séances des 10 décembre 1888, 19 janvier et 11 février 1889 ; Bulletin X, 247 et XI, 21).

(2) Il est d'usage de ne pas tenir de séances en août, septembre et octobre ; mais ce n'est que sur un vote émis dans la réunion de juillet que celle d'août n'a pas lieu.

ART. 16. — L'acceptation par la Société de dons et legs, les acquisitions, aliénations ou échanges d'immeubles, sont soumis à l'approbation du Gouvernement.

TITRE IV

Commission permanente.

ART. 17. — Une Commission permanente, composée du Président, du Secrétaire général et de neuf membres titulaires, est chargée de recevoir, dans l'intervalle des séances, toutes les demandes d'avis motivés qui peuvent être adressées à la Société, et d'y répondre immédiatement, s'il y a lieu.

ART. 18. — La Commission permanente se réunit selon les besoins et délibère d'urgence, dans l'intervalle des séances.

ART. 19. — Les décisions de la Commission permanente sont prises à la majorité des membres présents ; elles doivent réunir au moins quatre voix.

ART. 20. — La Commission permanente peut, selon la nature des questions à résoudre, s'adjoindre un ou plusieurs membres de la Société.

ART. 21. — Les décisions de la Commission permanente n'engagent pas la Société ; elles lui sont communiquées à la séance suivante.

ART. 22. — Les membres de la Commission permanente sont élus au scrutin, par la Société. La durée de leurs fonctions est de trois ans, et la Commission est renouvelée par tiers tous les ans.

TITRE V

Publications.

ART. 23. — La Société publie ses travaux.

Cette publication est faite par les soins du Bureau (1).

TITRE VI

Recettes et Dépenses.

ART. 24. — Les recettes de la Société se composent :

1° De la cotisation annuelle imposée aux Membres titulaires ; — 2° Des droits de diplômes ; — 3° Du produit des amendes ; — 4° Des dons volontaires ;

Les dépenses comprennent :

1° Les frais de bureau et d'administration ; 2° Les frais de publication ; 3° Les jetons à distribuer aux Membres qui assistent aux séances ou qui ont obtenu de la Société un congé régulier.

(1) Depuis sa fondation (1868), la Société a publié XVIII volumes, qui composent aujourd'hui la première série de ses publications. Actuellement (1904) elle publie un Bulletin mensuel, dont les fascicules, réunis en volumes à la fin de chaque année, formeront la seconde série de la publication.

ART. 25. — Le prix de la *cotisation annuelle* est fixé à vingt-cinq francs.

La Société se réserve le droit de l'élever, s'il en est besoin.

Le *prix de diplôme* est fixé à dix francs pour les Membres titulaires, et à vingt francs pour les Membres correspondants nationaux.

Le diplôme est gratuit pour les Membres honoraires et pour les correspondants étrangers.

La *valeur des jetons* est fixée à deux francs.

Une amende de trois francs est imposée aux membres de la Commission permanente qui, sans excuse valable, manquent d'assister à une séance de cette commission, à laquelle ils ont été régulièrement convoqués.

Une indemnité de trois francs est allouée à chacun des membres qui assistent aux séances de la Commission permanente.

ART. 26. — Les fonds de la Société sont gérés par le Bureau, réuni en Conseil d'administration.

ART. 27. — Les excédents de recettes qui ne seront pas nécessaires aux besoins de l'œuvre seront placés en fonds publics français, en actions de la Banque, en obligations du Crédit foncier et en obligations de Chemins de fer français qui ont un minimum d'intérêt garanti par l'Etat.

TITRE VII.

Règlement intérieur ; Revision des Statuts.

ART. 28. — Un règlement intérieur, qui sera délibéré ultérieurement par la Société, règlera toutes les questions secondaires qui n'ont pu trouver place dans les présents statuts (1).

ART. 29. — Toute proposition tendant à modifier les Statuts de la Société devra être signée au moins par dix membres titulaires, déposée sur le bureau et renvoyée à l'examen d'une commission de cinq membres, dont ne pourra faire partie aucun des signataires de la proposition.

Cette Commission, à laquelle s'adjoindra le Bureau, fera son rapport dans le délai de deux mois.

Elle devra se borner à l'examen de la modification demandée, sans pouvoir par elle-même en proposer aucune autre.

Le vote aura lieu sur convocation spéciale et seulement dans la séance qui suivra celle où aura été déposé le rapport.

La modification ne sera adoptée que si elle réunit les deux tiers des votes des membres présents, et si ce chiffre des deux tiers des votants représente au moins la majorité des membres titulaires.

(1) Ce règlement a été rédigé dès 1869 et est demeuré toujours en vigueur avec de très légères modifications, adoptées postérieurement.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE

DE FRANCE

BUREAU DE LA SOCIÉTÉ EN 1904

Président : M. le docteur MOTET.

Vice-présidents : M. ROCHER, avocat à la cour d'appel et M. le docteur VALLON.

Secrétaire général : M. Charles CONSTANT, avocat à la cour d'appel.

Secrétaires des séances : MM. les docteurs BRIAND et GRANJUX.

Archiviste : M. J. LEFORT, avocat à la cour de Cassation.

Trésorier : M. le docteur SOCQUET.

Commission permanente.

Cette commission, composée du président, du secrétaire général et de neuf membres, est chargée, dans l'intervalle des séances de la Société, de recevoir toutes les demandes d'avis motivés et d'y répondre immédiatement s'il y a lieu. Les membres de cette commission sont élus pour trois ans ; la commission se renouvelle par tiers chaque année (art. 17 et 22 des statuts).

MM. le Dr MOTET, *président* ; Charles CONSTANT, *secrétaire général* ; BORDAS ; CHRISTIAN ; BENOIT ; P. BROUARDEL ; LEFUEL ; MAYGRIER ; BORDIER, SEGLAS et YVON, *membres*.

Conseil de famille.

Cette commission, composée de cinq membres élus chaque année, ne se réunit que si elle est saisie par le Président d'une question pouvant entraîner une mesure disciplinaire contre un membre de la Société (art. 49 et suiv. du règlement intérieur).

MM. le Dr MOTET, *président* ; Charles CONSTANT, *secrétaire général* ; P. BROUARDEL ; DESCOUST ; BENOIT, JACOMY, DANET, DECORI, DEMANGE, *membres*.

Comité de publication.

Le comité de publication est composé du président, du secrétaire général et de cinq membres titulaires élus chaque année au scrutin de liste et rééligibles (art. 31 du règlement intérieur). La publication du *Bulletin* de la Société rédige par le secrétaire général, avec l'aide des secrétaires des séances, est placé sous la surveillance du Comité de publication (art. 30, 33 et suivants).

MM. le D^r MOTET, *président* ; Charles CONSTANT, *secrétaire général* ; D^r BRIAND et D^r GRANDJUX, *secrétaires des séances* ; SOCQUET, FLOQUET, J. LEFORT, LEREDU, *membres*.

Membres titulaires de la Société.

Le nombre des membres titulaires de la Société est fixé à soixante ; le nombre total des magistrats ou avocats ne peuvent y figurer que pour un quart (art. 4 des statuts).

Tout candidat au titre de membre titulaire, chaque fois qu'une vacance est déclarée, doit adresser à la Société une demande écrite et la faire appuyer par deux membres. Il est fait un rapport sur cette demande et l'élection ne peut avoir lieu, au scrutin secret et à la majorité absolue des membres présents, que dans la séance qui suit ce rapport (art. 6 et 7 des statuts).

MM.

- BALLET (Gilbert), docteur, médecin de l'Hôtel-Dieu, professeur agrégé M. E., rue du Général-Foy, 39.
 BARTHÉLEMY, docteur, médecin de St-Lazare, rue de Paradis, 21.
 BENOIT, conseiller à la Cour d'appel, boul. Henri IV, 2.
 BORDAS, docteur chimiste E., rue N.-D. des Champs, 58.
 BORDIER, avocat à la Cour d'appel, rue du Vieux-Colombier, 21.
 BRIAND, docteur, médecin de l'Asile de Villejuif, M. E.
 BROUARDEL, (P.), professeur de médecine légale, rue de Bellechasse, 68.
 BROUARDEL (Georges), docteur, M. E., rue de Verneuil, 47.
 BUDIN, docteur, professeur de Clinique d'accouchement M. A. M. M. E., rue de la Faisanderie, 51.
 CHASSEVANT, docteur, agrégé à la Faculté, chimiste E. rue Magellan, 7.
 CHRISTIAN, docteur, médecin de la Maison Nationale de Charenton, à Saint-Maurice (Seine.)
 CONSTANT, avocat à la Cour d'appel, rue Louis le-Grand, 19.
 DANET, avocat à la Cour d'appel, boul. Raspail, 9.
 DECORI, avocat à la Cour d'appel, boul. Poissonnière, 21.
 DEHENNE, docteur, médecin-oculiste M. E. rue d'Alban, 19.
 DEMANGE, avocat à la Cour d'appel, rue Jacob, 13.
 DESCOUST, docteur M. E. rue Etienne-Marcel, 37.
 DOUMERC, avocat à la Cour, rue de la Ville-l'Évêque, 24.
 DUBOST, conseiller à la Cour d'appel, rue d'Anjou, 7.
 DUPRÉ, docteur, médecin des hôpitaux, professeur agrégé, M. E. rue Saint-Georges, 47.
 FLOQUET, docteur, médecin en chef du Palais de Justice, M. E. rue de la Gaîté, 10.
 GARNIER, docteur, médecin chef de l'Infirmerie spéciale du Dépôt, M. E. boul. Montmartre, 16.
 GILLES DE LA TOURETTE, docteur, médecin des hôpitaux, professeur agrégé, rue de l'Université, 39.
 GOUJON, docteur, sénateur, place Daumesnil, 15.

MM.

- GRANJUX, docteur, rue Saint-Paul, 9.
GUILLLOT, vice-président honoraire au tribunal de la Seine
avenue de Villiers, 9.
HANRIOT, docteur, professeur agrégé à la Faculté, rue
Monsieur-le-Prince, 4.
JACOMY, conseiller à la Cour, rue Clément-Marot, 14.
JOSIAS, docteur, médecin de l'hôpital Bretonneau. M. A. M.
rue Montalivet, 3.
JULLIEN, docteur, chirurgien des hôpitaux, Chaussée d'An-
tin, 12.
LAUGIER, docteur, M. E., rue d'Athènes, 10.
LE BLOND, docteur, médecin de Saint-Lazare, place Saint-
Georges, 28.
LEFORT, avocat au Conseil d'Etat, rue Blanche, 54.
LEFUEL, conseiller à la Cour, rue de l'Université, 13.
LEGRAS, docteur, médecin de l'Infirmerie spéciale près le
Dépôt, M. E. passage Saulnier, 7.
LEREDU, avocat à la Cour d'appel, rue du Paradis, 42.
LUTAUD, docteur, médecin-adjoint de Saint-Lazare, M. E.
boul. Haussmann, 47.
MAGNAN, docteur, médecin de l'asile Sainte-Anne, M. A. M.
M. E. rue Cabanès, 1.
MASBRENIER, médecin de la Maison Centrale de Melun.
MAYGRIER, docteur, accoucheur de la Charité, professeur
agrégé, M. E. rue Mogador, 10.
MÉGNIN, médecin-vétérinaire, M. A. M. avenue Aubert, 9, à
Vincennes.
MOREAU DE TOURS, docteur, rue de la Mairie, 23, à Ivry.
MOTET, docteur, M. A. M.-M. E. rue de Charonne, 161.
OGIER, docteur, chimiste expert, rue de Bellechasse, 49.
PICQUÉ, docteur, chirurgien de l'hôpital Bichat, rue
Saint-Lazare, 81.
PINARD, docteur, professeur de Clinique d'accouchement,
M. A. M. rue Cambacérès, 10.
RICHARDIÈRE, docteur, médecin des hôpitaux. M. E., rue de
l'Université, 18.
RICHEL, docteur, professeur de physiologie, rue de l'Uni-
versité, 15.
ROBERT (Henri), avocat, à la Cour d'appel, boul. Pereire, 98.
ROCHER, avocat à la Cour d'appel, rue Taitbout, 80.
SEGLAS, docteur, médecin de Bicêtre, M. E., r. de Rennes, 96.
SOCQUET, docteur, M. E. boul. Richard-Lenoir, 6.
THOINOT, docteur, médecin des hôpitaux, professeur agré-
gé, rue de Tournon, 4.
VALLON, docteur, médecin de l'asile Sainte-Anne, M. E.,
rue Soufflot, 15.
VALUDE, docteur, médecin des Quinze-Vingts, M. E., rue de
l'Université, 96.
VIBERT, docteur, M. E. rue de Varenne, 53.
VOISIN (Jules), docteur, médecin de la Salpêtrière, rue
Saint-Lazare, 23.
YVON, pharmacien, M. A. M., avenue de l'Observatoire, 26.

Membres honoraires de la Société.

Peuvent devenir membres honoraires les membres titulaires qui en font la demande après cinq années de participation aux travaux de la Société, ainsi que les personnes qui auront prêté leur concours et leur appui à la Société, ou qui auront contribué de quelque manière que ce soit à sa prospérité. Le nombre des membres honoraires de cette catégorie ne devra pas dépasser douze (art. 8 des statuts).

Les membres honoraires peuvent prendre part aux séances de la Société et y ont voix délibérative (art. 14 des statuts). — Un diplôme leur est délivré gratuitement (art. 25 des statuts).

MM.

BAUDOUIN, procureur général à la Cour de Cassation, rue Corneille, 3.
BOUCHEZ, avocat d'appel, ancien procureur général à la Cour, faubourg Saint-Honoré, 71.
CAZELLES, conseiller d'Etat, boul. Malesherbes, 131.
CORNIL (V.), membre de l'Académie de médecine, sénateur, rue Saint-Guillaume, 19.
DELASTRE, ancien avoué à la Cour d'appel, boul. Bonne-Nouvelle, 8.
DUGUET, membre de l'Académie de médecine, rue de Londres, 60.
ERNOUL, ancien ministre de la justice, rue de Lille, 12.
FOURNIER, membre de l'Académie de médecine, rue de Miromesnil, 77.
GOUGAUD, médecin des hôpitaux, rue de Grenelle, 97.
LACASSAGNE, professeur à la Faculté de médecine de Lyon.
LEBAIGUE, chimiste, rue de Lancry, 8.
PICOT, membre de l'Institut, rue Pigalle, 54.
POUCHET, professeur à la Faculté de médecine. M. A. M. rue de Condé, 15.
TENNESSON, médecin des hôpitaux, boul. Montparnasse, 89.
TURQUET, ancien sous-secrétaire d'Etat, av. de Villiers, 90.

Membres correspondants nationaux.

(Liste alphabétique par noms de résidence.)

Le nombre total des membres correspondants nationaux ne doit pas dépasser 100 ; sept au plus pour chaque cour d'appel (art. 3 des statuts).

Tout candidat au titre de *membre correspondant* doit adresser une demande écrite et la faire appuyer par deux membres de la Société. — Il est fait un rapport sur la demande ainsi formulée et l'élection a lieu au scrutin secret et à la majorité absolue des membres présents à la séance (art. 5, 6 et 9 des statuts).

Les membres correspondants peuvent assister à toutes les séances mensuelles (second lundi de chaque mois) de la Société et prendre part aux discussions ; mais ils n'ont pas voix délibérative (art. 14 des statuts).

Les membres correspondants peuvent recevoir franco les publications de la Société en versant au trésorier une contribution dont le taux est fixé chaque année (art. 46 du règlement). — Le prix du *Bulletin mensuel* est actuellement de 4 francs pour les membres correspondants.

- Alger.** — M. le docteur CRESPIN et M. PAOLI, bibliothécaire de l'université.
- Angers.** — MM. les docteurs BAHUAUT et LEGLUDIC.
- Aix.** — M. le docteur CHAVERNAC.
- Angoulême.** — MM. les docteurs FOURNIER, et Amédée PARIS.
- Annecy.** — M. le docteur THONION.
- Apt.** — M. le docteur de FERRY DE LA BELLONE.
- Auxerre.** — M. le docteur DIONIS.
- Bazas.** — M. le docteur VIGNEAU.
- Besançon.** — M. le docteur BOUTON.
- Beaurieux (Aisne).** — M. le docteur LECUYER.
- Beziers.** — M. le docteur SICARD.
- Bordeaux.** — M. le docteur REGIS et M. SAIGNAT, professeur à la faculté de droit.
- Bourges.** — M. LEPRINCE, pharmacien et M. HUART DE VERNEUIL, avocat à la cour d'appel.
- Bou-Saada (Algérie).** — M. le docteur CAMUS.
- Carpentras.** — M. le docteur BÉRAUD.
- Cannes.** — M. le docteur de VALCOURT.
- Chambéry.** — M. le docteur Carret.
- Condom.** — MM. les docteurs DUBARRY et CHAULET.
- Charleville.** — M. le docteur TIRMAN.
- Chartres.** — M. le docteur CHESNEL.
- Châtellerault.** — M. le docteur MASCAREL.
- Clermont-Ferrand.** — MM. les docteurs FREDET et MORY.
- Dieppe.** — M. le docteur HURPY.
- Dijon.** M. le docteur S. GARNIER.
- Dunkerque.** — M. le docteur DURIAU.
- Evreux.** — M. le docteur BRUNET.
- Gerardmer.** — M. le docteur GREUILL.
- Guéret.** — M. le docteur VILLARD et M. JARRIT-DELILLE ancien député.
- Grenoble.** — M. GÉRARD, professeur à l'école de médecine.
- Grasse.** — M. le docteur VIDAL.
- Hyères.** — M. le docteur MARQUEZ.
- Lyon.** — MM. les docteurs BERNARD, E. MARTIN et LAVIROTTE.
- La Rochelle.** — M. le docteur MABILLE.
- La Roche-sur-Yon.** — M. le docteur CYLLERRE.
- Nantes.** — M. le docteur BONNEAU.
- Meaux.** — M. le docteur P. CHARPENTIER.
- Marseille.** — M. le docteur DUFOUR.
- Montpellier.** — M. JAUMES, professeur de médecine légale et M. JACQUEMET professeur d'agronomie.
- Nevers.** — MM. les docteurs CHABENAT et SUBERT.
- Neufchâtel-en-Bray.** — M. le docteur MARQUEZY.
- Nancy.** — MM. les professeurs LALLIEMENT et TOURDES.
- Nantes.** — MM. les professeurs LAENNEC, AUDOUARD et OLIVE.
- Orléans.** — M. le docteur d'OLLIER et M. RAYNEAU, médecin en chef du quartier des aliénés à l'hospice d'Orléans.
- Oran.** — M. LACOUR, pharmacien.
- Parthenay.** — M. le docteur GAILLARD.
- Pau.** — M. le docteur V. MEUNIER.
- Pithiviers.** — M. le docteur AUGER.

Poitiers. — MM. les docteurs JABLONSKY et MABILLE.
Pont-Audemer. — M. le docteur LEMARIEY.
Reims. — MM. les docteurs DECÈS et LAJOUX.
Rennes. — MM. les docteurs FOLLET et PERRIN DE LA TOUCHE.
Riom. — M. le docteur GRASSET.
Roanne. — M. le docteur BERTRAND.
Rouen. — M. le docteur LAURENT, et M. MARAIS, avocat à la cour d'appel.
Rochefort. — M. le docteur DUPLOUY.
Saint-Brieuc. — M. le docteur AUBRY.
Saint-Calais. — M. le docteur CHARBONNIER.
Saint-Malo. — MM. les docteurs SORRE et HERVOT.
Saint-Palais. — M. le docteur MORSIEU.
Saint-Servan. — M. BARBOT, pharmacien.
Saint-Sever. — M. le docteur SENTEX.
Sarlat. — M. le docteur BOISSARIE.
Selles-sur-Cher. — M. le docteur PICARD.
Senzay. — M. HOUSSARD, avocat.
Toulouse. — MM. les docteurs GRACIETTE et PARENT.
Tours. — M. le docteur DANNER et M. TRONCHON, avocat.
Troyes. — M. le docteur FINOT.
Tunis. — M. le docteur LALLEMENT.
Valence. — M. le docteur BONNET.
Vannes. — M. DE CLOSMADÉUC, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu.
Valenciennes. — M. le docteur COCHETEUR.
Vervins. — M. le docteur PENANT.

Membres correspondants étrangers

Le nombre des correspondants étrangers n'est pas limité (art. 9 des statuts) — Toute candidature est soumise à l'élection après avoir fait l'objet d'un rapport spécial (art. 4 du règlement) — Un diplôme est remis gratuitement aux correspondants étrangers (art. 25 du règlement).

New-York. — MM. CLARK-BELL ; CHAUVEAU ; FINELLE ;
 Madame Rose MAYNARD-DAVID.
Berlin. — M. le professeur FRITZ STRASSMANN.
Aberdeen (Angleterre). — M. OGSTON FRANCIS.
Bahia (Amérique du Sud). — M. DAMAZIO.
Bruxelles. — MM. SCHÖNHELD et VLEMINCKX.
Charleroi. — M. C. MOREAU.
Verviers. — M. LARONDELLE.
Copenhague. — M. STEIMBERG-VALDENER.
Madrid. — M. MICARIO Y GARCIA.
Rome. — M. GIROLAMI.
Turin. — M. TONINO.
Aversa (Italie). — M. SANNICOLA.
Buda-Pest. — M. DE GROSZ.
Saint-Petersbourg. — M. ZMIGROSKI.
Bucharest. — MM. MINOVICI et MINGARELLI.
Nouvelle-Grenade. — M. POSADA ARANGO.

Séance du 11 janvier 1904.

PRÉSIDENCE DE M. LE CONSEILLER LEFUEL,
ancien vice-président.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

M. LEFUEL, vice-président, procède à l'installation du Bureau en l'absence de M. Danet, président sortant, qui s'est excusé de ne pouvoir assister à la séance. Il souhaite la bienvenue à M. le Président Motet qui, « par son autorité, par sa science et en raison de ce qu'il a été le plus fidèle gardien des traditions de la Société, en sera un Président incomparable, comme il en a été un Secrétaire général incomparable ».

PRÉSIDENCE DE M. MOTET président.

En prenant place, au fauteuil de la présidence, M. le Dr MOTET prononce le discours suivant :

Messieurs,

En prenant place ici, comme président de la Société de Médecine légale de France, je ne puis me défendre d'une émotion profonde : je sens vivement l'honneur que vous m'avez fait, et je vous remercie du nouveau témoignage d'estime et de sympathie que vous voulez bien me donner.

Je vous dois beaucoup de reconnaissance, non pas seulement pour aujourd'hui, mais pour ces années déjà nombreuses pendant lesquelles vous m'avez maintenu dans les fonctions de secrétaire général. J'essaierai, Messieurs, de me montrer digne de votre confiance, de maintenir les traditions de notre chère Société que résume si heureusement notre devise : « Science, Vérité, Justice ».

Pour cela, je m'inspirerai des exemples que nous ont laissés d'illustres prédécesseurs.

Médecins, membres de la magistrature et du barreau, se sont succédé à cette place et, dans notre histoire, le

souvenir de ces hommes sincèrement attachés à notre œuvre nous permet de proclamer bien haut que le même esprit, que le même dévouement, que la même union, se sont continués ici, nous assurant à la fois la durée et le juste renom de notre chère Société.

Nous avons prouvé, Messieurs, qu'entre des hommes travaillant dans des directions différentes, ayant des procédés d'examen parfois dissemblables, il y avait un accord toujours possible, quand, de part et d'autre, la plus entière bonne foi présidait aux discussions, quand, loin de se combattre, on était décidé à s'entr'aider, à mettre en commun des connaissances qui se complètent et mutuellement s'éclairent. A nos débuts, quelques sceptiques avaient paru douter qu'une telle union pût être durable ; s'il reste encore de ces prophètes mal avisés, ils ont eu le temps de reconnaître leur erreur, et de découvrir la raison de notre vitalité, de notre succès. S'ils la méconnaissent, je leur dirais combien a été simple notre ligne de conduite : Nous avons voulu vivre non pas comme des rivaux, mais comme des émules ; nous n'avons recherché que la vérité et, la main dans la main, avec le même cœur, nous avons marché ensemble vers un but élevé, vers un idéal de justice, de progrès, que nous voulions conquérir par la science et par la libre discussion.

Vous ne pouvez pas, Messieurs, entendre aujourd'hui notre Président, M^e Albert Danet, résumer vos travaux pendant les deux années, trop courtes à notre gré, où il a dirigé nos discussions ; je regrette beaucoup son absence, mais je n'en veux pas moins remplir un devoir, tout privé que je sois des satisfactions que je m'étais promises ; je remercie, en votre nom, M^e Danet, de tout ce qu'il a apporté dans ses fonctions, de bienveillance, de courtoisie. Personne n'a jamais mieux que lui su ramener, par un mot précis et toujours juste, une discussion qui risquait de s'égarer. Son esprit délicat et fin lui permet-

tait de simplifier des questions compliquées et de trouver la formule la meilleure. Il nous a rendu des services signalés ; en se retirant, il a droit à l'expression de notre vive reconnaissance ; avec bonheur, je me fais votre interprète.

Pour moi, Messieurs, je voudrais vous apporter toutes les qualités de mon éminent prédécesseur. Ce serait viser un peu haut. Mais il y a dans mon cœur un attachement si profond, si sincère, pour la Société de médecine légale de France, que mon dévouement absolu à ses intérêts lui est acquis, et que je m'efforcerai toujours de me rendre digne de la distinction si flatteuse que je dois à vos sympathies. (*Applaudissements.*)

J'invite maintenant MM. les Vice-présidents Rocher et Vallon à prendre place au Bureau avec MM. les Secrétaires des séances, et je donne la parole à M. Charles Constant, notre nouveau Secrétaire général, pour le dépouillement de la correspondance et diverses communications.

M. Charles CONSTANT, en prenant place au Bureau comme Secrétaire général, s'exprime ainsi :

Messieurs,

Mes premières paroles, comme Secrétaire général de notre Société, ne peuvent être que l'expression bien sincère de ma reconnaissance pour le grand honneur que vous m'avez fait en m'appelant à ce poste de confiance, illustré successivement pendant 35 années par mes deux honorables prédécesseurs.

MM. les docteurs Gaillard et Motet avaient une compétence et une autorité que je suis loin de posséder et que je n'ai pas même l'espoir d'acquérir.

D'autre part, je ne me dissimule pas, dans une société comme la nôtre, composée pour la plus grande partie de médecins, le côté particulièrement délicat que présente, pour un avocat, l'exercice de mes nouvelles fonctions. Vous comprenez, dès lors, combien j'ai besoin de

votre bienveillant concours ; mais, comme je suis décidé à apporter plus que jamais un entier dévouement à votre œuvre, permettez-moi de compter sur vous tous pour seconder mes efforts. (*Marques d'assentiment.*)

M. le SECRÉTAIRE GÉNÉRAL informe la Société que la correspondance manuscrite comprend une lettre de M. le Dr RAYNAUD, médecin en chef du quartier des aliénés aux Hospices civils d'Orléans, qui remercie la Société de l'avoir nommé membre correspondant : « Veuillez transmettre à la Société, écrit-il, l'expression de ma profonde gratitude et l'assurer de mon entier dévouement. Je ne manquerai pas de lui communiquer les observations intéressantes que je pourrai recueillir au cours de mes expertises médico-légales et je m'efforcerai d'assister le plus souvent possible à vos séances mensuelles afin de profiter de votre expérience et de vos conseils... »

LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL porte ensuite à la connaissance de la Société qu'un de ses membres, M. le Dr DEHENNE, a été promu récemment officier de la Légion d'honneur, et lui adresse ses félicitations.

Election. — M. Floquet est élu membre du Comité de publication en remplacement de M. Ladreit de la Charrière, décédé.

De la réquisition des médecins par les brigadiers de gendarmerie ou gendarmes.

Par une lettre en date du 30 novembre, écrite à M. le docteur Vibert, M. le docteur Casati, médecin à Orgères (Eure-et-Loir), lui signalait que, plusieurs fois, sur les injonctions du brigadier de gendarmerie, il a constaté des décès, délivré des certificats ou dressé des rapports, sans que jamais aucune rémunération lui ait été allouée.

Il demande à être renseigné sur l'étendue du droit de réquisition qu'auraient les brigadiers de gendarmerie et les gendarmes.

L'examen de cette question a été renvoyé, à la dernière séance, à une commission composée de MM. Vibert, Masbrenier et Lefuel. Ce dernier donne lecture du rapport suivant :

Au point de vue des expertises médico-légales, les obligations des médecins sont aujourd'hui réglées par les articles 14, 23 et 22 de la loi du 30 novembre 1892 et par le décret du 21 novembre 1893, qui a abrogé, en ce qui les concerne, le décret du 18 juin 1811.

Aux termes de l'art. 23 de la loi précitée, tout docteur en médecine est tenu de déférer aux réquisitions de la justice ; s'il n'y obéit pas, il encourt une amende de 25 à 100 francs (art. 22).

Et d'abord, qui peut légalement requérir les hommes de l'art ?

A cette question répondent les articles 9, 10, 235 et 268 du Code d'Instruction criminelle. Ce sont :

- Les commissaires de police ;
- Les maires et leurs adjoints ;
- Les procureurs de la République et leurs substituts ;
- Les Juges de paix ;
- Les Officiers de gendarmerie ;
- Les Juges d'Instruction ;
- Les Chambres de mises en accusation ;
- Les Présidents d'Assises ;
- Les Préfets des départements ;
- Le Préfet de police.

Quoi qu'ils soient officiers de police judiciaire (art. 9 du Code d'inst. crim.), le droit de réquisition n'appartient : ni aux gardes-champêtres, ni aux gardes forestiers, chargés de rechercher, chacun dans le territoire pour lequel ils ont été assermentés, les délits et les contraventions de police qui ont porté atteinte aux propriétés rurales et forestières (art. 16 du Code d'inst. crim.).

Les sous-officiers de gendarmerie et les gendarmes, dont les fonctions ont pour objet la constatation des crimes et des délits de toute nature, et qui font des rapports ou procès-verbaux pour signaler à qui de droit les faits qui viennent à leur connaissance, ne sont pas non plus

officiers de police judiciaire (1) ; ils n'ont donc pas qualité pour requérir un homme de l'art de procéder à un examen médical, si utile et si urgente que cette mesure puisse être. Le refus de ce praticien d'obtempérer à leur injonction ne tombe pas sous les pénalités prononcées par les articles 22 et 23 de la loi du 30 novembre 1892.

Que s'il consent, par dévouement et croyant se conformer à un devoir professionnel, à prêter son assistance, il ne recevra aucune rémunération : il ne peut légalement prétendre à aucun honoraire, ni à aucune indemnité, quels que soient le nombre de ses vacations et la distance parcourue, puisqu'il n'a pas été saisi par une autorité compétente aux termes de l'article 4 du décret du 21 novembre 1893.

Et le magistrat du ministère public qui, par erreur, aurait requis qu'il fût délivré exécutoire à l'occasion d'opérations prescrites par un sous-officier de gendarmerie ou des gendarmes, serait immanquablement invité par la Chancellerie à faire reverser dans la caisse du Trésorier payeur général la somme indûment allouée à l'homme de l'art.

Telle est la solution qu'impose l'article 4 du décret susrelaté et que consacre, sous le contrôle rigoureux du Garde des sceaux, la pratique constante des Parquets.

Pour être complet, je me hâte d'ajouter que l'obstacle

(1) Cela n'est exact qu'en France, car l'article 110 du décret du 20 mai 1903 portant règlement sur l'organisation et le service de la gendarmerie est ainsi conçu :

..... Sont également officiers de police judiciaire auxiliaires du Procureur de la République.

1° Les chefs de brigade en Tunisie ;

2° Les sous-officiers de gendarmerie à la Guyane, dans la Nouvelle-Calédonie, et en général dans les colonies où cette attribution leur est donnée par un décret spécial.

En Algérie, les commandants de brigade sont officiers de police judiciaire auxiliaires du Procureur de la République, dans toute l'étendue du territoire civil compris dans leurs circonscriptions et du général commandant la division pour la partie des territoires militaires comprise dans les mêmes circonscriptions.....

juridique, en apparence insurmontable, est facile à tourner. Voici comment :

Le maire et les adjoints sont officiers de police judiciaire (art. 9. du Code d'inst. crim).

Que le brigadier de gendarmerie leur signale, au cours de son enquête, que, pour parvenir à la manifestation de la vérité et établir s'il y a crime ou délit, il échet que, sans tarder, un médecin donne son concours scientifique à la Justice ; le maire, ou à son défaut l'adjoint, fera compétemment ce que ne pouvait faire valablement l'agent de police judiciaire dont les actes n'ont pas d'effet légal au-delà des limites assignées à ses fonctions. Sur la réquisition ainsi provoquée, l'homme de l'art procèdera sans désespérer à l'expertise et déposera son rapport ; et ultérieurement ses honoraires, vacations, frais de transport et de séjour, seront réglés conformément aux articles 4 et suivants du décret du 21 novembre 1893 applicable seulement aux frais de justice criminelle.

Je rappelle, en effet, pour mémoire, que s'il y a lieu de constater une mort à laquelle la malveillance est manifestement étrangère ou un suicide certain, le médecin commis en ce cas, en vertu de l'article 81 du Code civil doit poursuivre le recouvrement de ce qui lui est légalement dû soit auprès de la famille du décédé, soit, si elle est indigente ou inconnue, auprès de l'autorité municipale.

Modification de l'art. 41 du Règlement intérieur.

LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL. — Le règlement intérieur (article 41) nous oblige à conserver 50 exemplaires de nos *Bulletins*. Aujourd'hui nous sommes encombrés par plus de 1200 volumes ; il y aurait lieu de réduire ce nombre ; mais, comme cette réserve est obligatoire, nous ne pouvons que nous conformer à notre règlement intérieur à moins que nous n'en modifions l'article 41.

En conséquence, nous avons l'honneur de vous proposer la modification de cet article.

Cette proposition étant prise en considération par plus de cinq membres de la Société, conformément aux statuts, M. le Secrétaire général propose son renvoi à l'examen d'une Commission composée de MM. Briand, Granjux et Vallon. (*Adopté*).

Analyse d'un Traité de pathologie mentale.

M. le docteur CHRISTIAN s'exprime en ces termes :

Messieurs,

Vous m'avez chargé de vous rendre compte du *Traité de pathologie mentale*, récemment paru et publié sous la direction de notre collègue le D^r Gilbert Ballet, avec la collaboration d'un certain nombre d'aliénistes, tous connus par leurs travaux en psychiatrie, et dont quelques-uns font partie de notre Société, tels MM. Dupré, Séglas et Vallon.

Ce traité est un ouvrage considérable, dont je ne saurais faire l'analyse complète devant vous. Je dois me borner à vous rendre compte de la partie qui rentre plus directement dans le cadre de nos travaux habituels, je veux dire la partie médico-légale. Elle est due à la plume autorisée du docteur Vallon qui, dans un exposé de 150 pages environ, a su résumer les problèmes souvent si délicats qui, à l'occasion de la folie, exercent la sagacité du médecin légiste. Tous les cas qui peuvent se présenter sont soigneusement analysés et corroborés par des exemples typiques : l'expérience, déjà longue, de M. Vallon, lui a permis de choisir, dans la riche collection de faits qui lui ont passé sous les yeux, les exemples les plus propres à montrer quelles peuvent être, dans les différents cas, les difficultés de l'expertise et comment le médecin arrive à résoudre le problème qui lui est soumis.

Des chapitres, richement documentés, sont consacrés à toutes les variétés des maladies mentales. Mais, en

outre, notre collègue a étudié les questions si complexes et si délicates que soulèvent, devant la magistrature civile, les *assurances sur la vie*, les *accidents du travail*, etc. ; le tout est terminé par un chapitre intéressant sur la déontologie médico-mentale.

En résumé, Messieurs, le *Traité de pathologie mentale* dont je vous parle est une œuvre importante, telle qu'on devait l'attendre de la pléiade de confrères distingués qui y ont collaboré. Ce sera un guide indispensable pour tous ceux qui voudront étudier les maladies mentales. Mais, dans ce traité, la partie consacrée à la médecine légale mérite particulièrement notre attention. M. Vallon en a fait un ouvrage complet, et il serait à souhaiter qu'il en fit un tirage à part, destiné surtout à ceux, médecins ou juristes, que les questions médico-légales occupent plus spécialement.

J'ajouterai que M. Vallon a consacré également quelques pages à la partie administrative, dans lesquelles il commente, avec sa compétence habituelle, le régime des aliénés, tel que l'a fait la loi de 1838, cette loi si attaquée depuis un demi-siècle et qui, malgré toutes ces attaques, est toujours debout.

LE PRÉSIDENT remercie M. le Dr Christian de sa communication et le prie de vouloir bien se charger de l'analyse d'un fascicule du professeur Strassmann de Berlin sur le rôle de la Photographie en médecine légale (*Die Photographie in Diente der gerichtlichen Medizin*).

La séance est levée à six heures.

Le secrétaire annuel,

MARCEL BRIAND.

JURISPRUDENCE MÉDICO-LÉGALE.

Accidents du travail. — Maladies professionnelles.

Affections pathologiques accidentelles.

Un arrêt de la cour de Cassation (chambre des Requêtes), en date du 3 novembre 1903, a décidé que « si la

loi du 9 avril 1898 ne s'applique pas aux maladies professionnelles, auxquelles on ne saurait assigner une origine et une date déterminées, et qui ne sont que la conséquence de l'exercice habituel d'une certaine industrie, il en est autrement des affections pathologiques accidentelles qui, bien que contractées dans l'accomplissement d'un travail industriel, prennent leur origine et leur cause dans un fait déterminé, ne rentrant pas dans les conditions normales de l'exercice de ce travail. »

Dans l'espèce, il s'agissait d'un sieur L... ouvrier tanneur, qui avait succombé à une affection charbonneuse contractée en manipulant des peaux contaminées dans l'usine de son patron, et la cour d'Orléans, par arrêt du 6 février 1903, avait accueilli la demande de la veuve de l'ouvrier L., l'expertise ayant précisé dans quelles conditions l'infection avait pris naissance.

La chambre des Requêtes s'était déjà prononcée dans le même sens (arrêt du 23 juillet 1902) dans une espèce où un ouvrier avait succombé aux suites d'une bourse séreuse du genou, consécutive à l'exercice de la profession de parqueteur, mais formée en dehors de toute blessure extérieure.

« Il résulte de l'esprit de la loi et des travaux préparatoires, dit l'arrêt, que les maladies professionnelles auxquelles on ne saurait assigner une origine et une date déterminées sont exclues du bénéfice de la loi et que les accidents survenus au cours du travail donnent seul droit à une indemnité. C'est aux représentants de l'ouvrier qu'il appartient d'établir qu'il a été victime d'un de ces accidents, et la déclaration faite à la mairie par le patron, portant que l'ouvrier a été victime d'un accident, n'a pas le caractère d'un aveu, si cette assertion n'est pas reconnue exacte par l'enquête ou l'expertise à laquelle il a été procédé. »

Séance du 8 février 1904.

Présidence de M. ROCHER, vice-président.

Le procès-verbal de la séance du 11 janvier est approuvé sans observations.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL fait le dépouillement de la correspondance, dans laquelle se trouve une dépêche de M. le Dr Picqué et de M. le Dr Granjux, qui s'excusent de ne pouvoir assister à la séance.

Membres correspondants nationaux.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL dit que, conformément à la décision de la Société en date du 14 décembre 1903, il a envoyé les Tables alphabétiques du *Bulletin* de la Société (1868-1903) à tous les membres correspondants et qu'il a cru devoir faire suivre cet envoi d'une lettre rappelant à nos collègues avec quel intérêt la Société accueille toujours les communications manuscrites ou imprimées qu'ils veulent bien lui faire et qui sont publiées ou analysées dans le *Bulletin*.

Un certain nombre des membres correspondants se sont empressés de nous accuser réception de notre envoi et de nous manifester à nouveau leur intention de se mettre le plus souvent possible en communication avec nous. Vous n'attendiez pas moins de leur dévouement et je les en ai remerciés en votre nom. Plusieurs d'entre eux se sont, en outre, abonnés au *Bulletin* et nous ont demandé de compléter leur collection, ce qui prouve la part active que nos membres correspondants désirent prendre à nos travaux.

D'autre part, la correspondance ainsi échangée nous a appris, parmi les membres correspondants, les décès suivants :

MM. Jarrit-Delille, à Guéret.
 Laënnec, à Nantes.
 Tronchon, à Tours.
 Graciette, à Toulouse.
 Duploux, à Rochefort.
 Charbonnier, à Saint-Calais.
 Dubarry, à Condom.
 Bidard, à Rouen.
 Tirman, à Charleville.
 Aubry, à Saint-Brieuc.

ainsi que la démission de M. de Closmadeuc à Vannes. auteur d'une étude historique intéressante sur « les sorciers de Lorient devant la senéchaussée d'Hennebont en 1736 », qu'il nous avait communiquée, lors de sa publication, en 1896.

Les décès et démissions de nos honorables collègues, nous amènent à vous proposer de déclarer 11 *vacances parmi les membres correspondants* de notre Société, réparties dans les divers cours d'appel de la manière suivante (1) :

1 dans le ressort de la cour d'Agen.		
1	—	— d'Angers.
2	—	— de Besançon.
1	—	— de Caen.
2	—	— de Dijon.
1	—	— de Douai.
1	—	— de Rouen.
1	—	— de Toulouse.
1	—	— de Rennes.

Si vous acceptez cette répartition, nous ferons connaître ces vacances et nous enregistrons les candidatures au fur et à mesure qu'elles se produiront. (*Adopté*).

Commissions. — Membres à élire.

M. le SECRÉTAIRE-GÉNÉRAL indique qu'il y a lieu de nommer en remplacement de M. Ladreit de la Charrière, décédé, un

(1) Le nombre des membres correspondants de la Société ne peut être supérieur à 100 ; il ne peut y en avoir plus de 7 dans chaque ressort de cour d'appel (art. 3 des statuts).

membre de la commission chargée d'étudier la question de l'*Intervention chirurgicale chez les aliénés*.

M. le Dr Dupré est élu.

Cette commission sera donc ainsi composée : MM. le Dr Picqué, président et rapporteur ; MM. Lefuel, Briand et Rocher, membres.

Il y aurait lieu également de désigner deux membres de la commission chargée de la *question de survie* (affaire Tarbé des Sablons) en remplacement de M. le Dr Bordas, démissionnaire et de M. Ch. Constant, élu secrétaire-général.

M. le Dr Chassevant et M. Demange sont élus.

Cette commission sera donc ainsi composée : M. le conseiller Lefuel, président ; M. le docteur Chassevant, rapporteur ; MM. Demange, Thoinot et Vibert, membres.

M. ROCHER, vice-président, informe les membres de la Société du deuil cruel qui vient de frapper M. le Président Motet, en la personne de sa fille ainée, mariée à M. Joseph de Cagny, un des membres les plus distingués du jeune barreau parisien.

« En présence de ces circonstances douloureuses et sous le coup de l'émotion de cette triste nouvelle, — dit M. Rocher, — désireux de donner à M. le Dr Motet un témoignage spécial de notre profonde sympathie, comme aussi de l'assurer que tous les membres de la Société de Médecine légale de France sont de cœur avec lui dans cette poignante épreuve, je vous propose d'ajourner à la séance du mois prochain l'examen des questions restant à notre ordre du jour. » (*Marques unanimes d'assentiment.*)

Personne ne demandant la parole sur les questions portées à l'ordre du jour, celles-ci seront examinées dans la prochaine réunion du 7 mars.

M. le Secrétaire général voudra bien, dès ce soir, informer M. le Président de cette décision.

La séance est levée à 4 h. 1/2.

Le Secrétaire annuel,
Marcel BRIAND.

A l'issue de la séance, M. le Secrétaire général a adressé à M. le Président Motet la lettre suivante :

Cher Monsieur est très honoré Président,

Je m'empresse de vous faire part que les membres de la Société de Médecine légale, réunis aujourd'hui en séance, s'associant de tout cœur à l'immense malheur qui vient de vous frapper, ont cru devoir renvoyer à la prochaine séance l'examen des diverses questions portées à l'ordre du jour, en témoignage de leur profonde sympathie pour leur cher Président.

Veuillez agréer,

Le Secrétaire-général,
Charles CONSTANT.

QUELQUES NOTES DE JURISPRUDENCE

SUR

LA HERNIE ET LES ACCIDENTS DU TRAVAIL

PAR

M^e Charles CONSTANT, avocat à la Cour de Paris.

Un arrêt de la cour de Cassation (chambre des requêtes) du 23 décembre 1903, vient de déclarer inapplicable la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail dans un cas où il s'agissait d'un employé de la compagnie du chemin de fer du Nord, un sieur D..., occupé à mettre du ballast entre les traverses sous les rails de la voie ferrée et auquel était survenue une *hernie*, tandis qu'il se raidissait pour éviter une chute.

La cour d'Amiens, dans son arrêt du 29 juin 1901, a pu — dit la cour de Cassation — déclarer la loi de 1898 inapplicable à l'espèce, en constatant « que l'employé « n'avait fourni aucun effort considérable pour se relever ; qu'il était physiologiquement prédisposé à l'infirmité de la hernie ; et en se basant en même temps sur « une expertise médicale déclarant que l'ouvrier n'avait « pas été atteint d'une hernie de force dont la cause devrait être attribuée au travail. »

« Bien que la maladie — ajoute en terminant l'arrêt

— se soit déclarée subitement au cours du travail, on ne peut dire que, dans l'espèce, l'ouvrier ait été victime d'un accident... »

Cette décision récente nous a amené naturellement à rechercher quelques documents de jurisprudence antérieure et voici le résumé de ceux qui nous ont paru intéressants à relever, aussi bien dans la jurisprudence des cours et tribunaux français que dans celle du Tribunal fédéral suisse et de l'Office impérial d'assurances d'Allemagne.

La hernie inguinale dont un ouvrier est atteint à la suite d'un effort fait dans son travail constitue un accident donnant ouverture à indemnité, par application de la loi du 9 avril 1898. Il importe peu que l'ouvrier ait eu antérieurement, à l'état latent, une prédisposition à la hernie. C'est ce qui résulte notamment de trois arrêts des cours de Rouen, Besançon et Lyon (1).

« Il y a accident (au sens de la loi de 1898) — dit la cour de Rouen — non seulement au cas de mort ou de blessures externes ou internes, mais encore au cas de lésions physiques offrant un caractère de soudaineté, sans qu'elles aient été occasionnées par le plus léger traumatisme, par exemple en cas d'asphyxie, d'empoisonnement foudroyant, etc. — Il en est ainsi de la *hernie*, affection qui se manifeste parfois à l'improviste, après un mouvement subit, sans que rien puisse faire prévoir sa redoutable apparition. — En expliquant l'accident par cela seul que la constitution de D..., l'aurait prédisposé à la hernie, les experts ont émis une opinion des plus hasardées et la cour ne saurait s'y arrêter, etc.. »

(1) C. Rouen (2^e Ch.), 30 novembre 1901 ; — C. Besançon (1^{re} Ch.), 3 décembre 1901 ; — C. Lyon, 9 janvier 1902.

Mais si la hernie peut donner lieu à une indemnité, c'est à la condition que l'ouvrier prouve d'une manière certaine que la hernie a été réellement occasionnée par le travail. C'est ce qui résulte notamment d'un arrêt de la cour de Besançon du 3 décembre 1901.

Tel n'est pas le cas où les constatations médicales, faites immédiatement après l'effort qui, d'après l'ouvrier, aurait amené la manifestation de la hernie, n'ont révélé aucune trace de cette infirmité, dont les symptômes ne se sont révélés qu'ultérieurement.

Exemple : Un sieur R. au service d'un sieur B., prétendait avoir, en soulevant une pierre du poids de 30 kilos, fait un effort qui aurait entraîné une hernie.

Le surlendemain du jour de ce prétendu accident, R. fut visité par le docteur P., auquel il accusa exclusivement une douleur au-dessous du foie, mais ne parla pas de hernie. Le docteur constata près de la partie médiane, à droite, au-dessous du foie, une petite grosseur, signe d'un peu d'éventration. Trois jours après, le docteur P. visita de nouveau R. qui souffrait toujours au-dessous du foie, mais à cet endroit seulement et, n'ayant plus trouvé trace de l'éventration constatée à son premier examen, le docteur poussa ses investigations plus loin et découvrit une hernie inguinale droite et une pointe de hernie inguinale gauche dont R. ne s'était pas plaint. Le docteur P. délivra un certificat à la date du 7 juillet constatant que le blessé du 2 juillet était guéri et pouvait reprendre ses travaux le 9.

Postérieurement à cette date, R. dut porter un bandage, alors qu'il n'en portait pas avant le 2 juillet. Mais de l'expertise à laquelle il fut soumis, il résultait que les hernies ainsi constatées ne paraissaient pas être la conséquence de l'effort du 2 juillet 1900. C'est dans ces circonstances que la cour de Besançon déclara qu'il n'y

avait « aucune relation de cause à effet entre cette affection et l'effort accompli au cours du travail » et rejeta la demande de R. comme non justifiée.

Il ne suffit pas, pour la responsabilité du patron, qu'une hernie inguinale de l'ouvrier ait pris naissance au cours du travail, il faut, en outre, la preuve que le travail a été la cause de l'issue de la hernie.

Tel ne serait pas le cas où l'ouvrier a continué à travailler plus d'un mois sans solliciter le secours du médecin et sans porter de bandage et où il ne s'est plaint de douleurs intestinales que plus tard. Ces faits sont exclusifs d'une origine traumatique de la hernie. — On peut citer en ce sens une décision de l'Office impérial d'assurances d'Allemagne en date du 26 janvier 1894.

« L'éclosion soudaine d'une hernie nouvelle, sous l'influence d'une action violente, est en règle générale accompagnée de douleurs telles qu'elles ne peuvent être cachées aux autres ouvriers et que toute continuation de travail est impossible sans bandage... (1) » L'Office impérial relève que, dans l'espèce qui lui était soumise, tout démontrait qu'il s'agissait d'une hernie à marche lente dont la formation n'avait été ni violente, ni soudaine...

• « En règle générale, — affirme l'Office d'Allemagne (2), —

(1) Dans son rapport au Congrès de Olten, Kaufman dit que, en Allemagne, une des conditions requises pour justifier une demande d'indemnité est la preuve à fournir que la hernie est survenue nettement et subitement au milieu de vives souffrances.

« Un des symptômes les plus caractéristiques de la hernie de force — dit de M. le Dr Solé — est la douleur, non pas une douleur vague, légère, modérée comme on la constate dans la hernie de faiblesse, mais une douleur violente semblable à celle que produirait un coup de fouet, douleur qu'il est impossible de céler, car elle arrive brusquement et peut aller jusqu'à la syncope. Cette douleur persiste les jours suivants et l'examen de la région reste douloureux. »

(2) Décision du 13 juillet 1882.

les hernies inguinales se développent graduellement en suite d'un état anatomique congénital ou morbide, sans qu'il soit possible, dans ce dernier cas, de déterminer l'origine de la maladie. Leur issue est la conséquence exclusive de la marche progressive de cette prédisposition naturelle, indépendamment de toute coopération étrangère et spécialement d'événements présentant les caractères d'un accident.

« Par suite, celui qui invoque une exception à cette règle doit prouver que la hernie est sortie tout à coup par le fait d'un événement déterminé, lequel ne peut se rencontrer en thèse générale que dans l'une des trois hypothèses suivantes : Y a-t-il eu quelques circonstances particulières qui ait aggravé l'exécution du travail ? — Au moment de l'apparition de la hernie, l'ouvrier se livrait-il à une opération qui ne lui était pas familière et qui exigeait un effort immodéré ? — Ou bien s'est-il produit un incident extraordinaire qui ait été susceptible de déterminer l'issue soudaine d'une hernie ?... »

Dans l'espèce qui lui était soumise (pierre de 40 kilos soulevée par un tailleur de pierres âgée de 63 ans), l'Officier impérial se refuse à admettre que la hernie ait été produite par le transport ou par la chute de ce bloc de pierre.

« Il importe tout d'abord de remarquer — dit la décision — que l'ouvrier B. est à un âge où les muscles et les ligaments sont relâchés, surtout chez les gens qui, comme lui, se sont livrés toute leur vie à des travaux pénibles ; cette altération des tissus est de nature à faciliter, beaucoup plus que chez les jeunes gens, la sortie des viscères intestinaux par les orifices anatomiquement formés des parois abdominales. Au surplus, on a relevé chez lui des traces manifestes d'une prédisposition naturelle à des hernies abdominales ; les canaux inguinaux sont, ainsi que l'on constaté les experts, d'une largeur anormale et significative, le canal droit pouvant livrer passage à trois doigts. L'ouvrier B. est aussi at-

teint d'une hernie inguinale gauche qu'il prétend avoir également contractée le jour de l'accident. Il est à noter que les deux hernies rentrent aisément dans la cavité abdominale, ce qui est un des caractères habituels de la hernie à marche lente, tandis qu'on ne la rencontre que fort rarement dans les hernies de force. — Mais, avant tout, le docteur P. insiste sur ces circonstances de fait que la hernie droite est plus grosse que la gauche, qu'elle a glissé plus profondément dans le testicule et qu'elle a une plus grande propension à descendre en avant, enfin que le canal inguinal droit est plus large que le gauche, d'où il conclut que la hernie droite est plus ancienne que la gauche. En admettant donc — ajoute-t-il — que la hernie gauche se fût formée au moment de l'accident et qu'il y eût eu à ce moment une propulsion violente d'une partie des viscères hors de la cavité abdominale, ceux-ci seraient sortis en plus grande quantité par la hernie droite, déjà formée, plutôt que de se frayer un nouveau passage de l'autre côté.... (1)»

Ces considérations ont paru tout à fait convaincantes au Tribunal allemand, alors surtout que le docteur P., sans contester l'existence des douleurs et des nausées accusées par l'ouvrier B. lors de l'accident dont il se plaignait, les attribuait à une autre cause que la formation brusque d'une hernie de force.

(1) « La dimension de la hernie — dit M. le Dr Solé. — est aussi importante à connaître, car, si nous n'admettons pas avec Kaufman l'origine non traumatique de toute hernie qui est plus grosse qu'un citron immédiatement après sa formation, il n'en est pas moins vrai que les hernies traumatiques sont, en général, petites et une grosse hernie doit éveiller des doutes. Un autre symptôme très important est l'irréductibilité de la hernie, sans coexistence de phénomènes d'étranglement. Toute hernie irréductible est une hernie qui a contracté des adhérences et, par conséquent, n'est pas récente.

« L'examen de la région opposée nous donnera aussi d'utiles renseignements, l'orifice du canal inguinal est toujours petit dans la hernie de force, il est large ou il s'élargit facilement, dans le cas de hernie de faiblesse. »

Depuis longtemps, le Tribunal fédéral suisse a posé les mêmes règles. Dans un premier arrêt du 5 octobre 1898, confirmé notamment par un autre arrêt du 5 juin 1902, nous lisons : « La sortie d'une *hernie* peut être considérée comme un *accident*, lorsqu'elle est due à un événement déterminé, dont l'époque peut être précisée et qu'elle s'est produite subitement. — Au contraire, elle doit être considérée comme une *maladie*, lorsqu'elle s'est développée petit à petit sous l'influence de l'activité normale de l'ouvrier. »

C'est par application de cette règle que le Tribunal fédéral suisse a décidé, le 5 juin 1902, que l'on doit considérer comme un *accident* la sortie d'une hernie qui a été déterminée par l'*effort extraordinaire* que l'ouvrier, occupé à remuer un bloc de fonte de 100 à 200 kilos, a fait pour retenir la masse de fonte qui menaçait de lui écraser les pieds.

Les experts avaient bien reconnu que l'ouvrier S. était prédisposé à la hernie, mais « ce fait — dit le tribunal fédéral — n'empêche pas que l'effort fait par l'ouvrier ne puisse être considéré comme la cause de la hernie constatée peu après, en tant que cet effort a eu pour effet de changer la simple prédisposition à la hernie en une hernie, c'est-à-dire en tant qu'il a provoqué la sortie de celle-ci, soit l'irruption d'une partie de l'intestin dans un sac préformé. »

Sur la question de savoir si la sortie de la hernie avait été déterminée par l'effort que l'ouvrier S. avait fait, les experts de la compagnie d'assurance n'étaient pas d'accord avec ceux du demandeur en indemnité. Ils basaient leur opinion sur ce motif que S. n'avait pas éprouvé de vives douleurs au moment de l'effort qui devait avoir déterminé la sortie de la hernie et que l'ou-

vrier S. n'avait pas été obligé d'interrompre immédiatement son travail. Un autre expert ajoutait que le fait que S. ne portait pas de bandage avant l'accident ne permettait pas d'admettre comme certain qu'il n'eût pas auparavant une pointe de hernie ou une hernie interstitielle.

« Cette dernière considération — dit le Tribunal fédéral suisse — ne saurait infirmer en quoique ce soit les conclusions de la majorité des experts judiciaires. En l'absence de toute preuve établissant que déjà, avant l'accident, S. avait une pointe de hernie ou une hernie interstitielle, les experts devaient nécessairement partir du point de vue qu'il n'en avait pas. C'est ce qu'ils ont fait et leur rapport n'est pas critiquable sur ce point.

« Quant au fait que S. n'a pas éprouvé de vives douleurs au moment de l'accident, qu'il a pu continuer son travail et que c'est seulement quatre jours après qu'il est allé consulter le docteur L..., le rapport d'expertise reconnaît qu'il ne permet pas d'attribuer à la hernie constatée chez S. une origine purement traumatique et d'en voir la cause unique dans l'effort violent du 17 avril. Il admet par contre que l'absence de vives douleurs immédiates, et la possibilité de continuer le travail ne sont pas incompatibles avec la sortie d'une hernie, sous l'influence d'un effort violent, chez un individu prédisposé comme l'était S.... »

Enfin les défenseurs contestaient à S. le droit de réclamer une indemnité pour diminution permanente de sa capacité de travail, par le motif que l'opération de la hernie se ferait sans aucun danger et que, en s'y soumettant, il pourrait redevenir aussi valide qu'auparavant.

Le Tribunal fédéral Suisse répond à cette dernière objection en disant que S. ne pouvait être tenu de se soumettre à une opération que si celle-ci était absolument sans danger et si l'abstention de se faire opérer apparaissait comme un obstacle mis par lui-même, volon-

tairement ou par négligence, à sa propre guérison. « Or — dit l'arrêt du 5 juin 1902 — l'opération de la hernie « comporte une atteinte grave à l'intégrité corporelle « du patient, atteinté que celui-ci ne saurait être tenu de « supporter, même abstraction faite du danger. Dans le « cas particulier, du reste, rien n'établit que l'opération « de la hernie chez S. ne présenterait aucun danger. »

Dans ces circonstances, S. a été indemnisé pour la diminution à permanente de sa capacité de travail et cette diminution a été évaluée par les experts à la proportion de 10 à 15 pour 100 et par la Cour cantonale à ce dernier taux.

Telles sont les différentes espèces examinées par la jurisprudence tant en France, qu'en Suisse et en Allemagne, qui nous ont paru intéressantes à noter. Nous souhaitons que nos collègues veuillent bien y joindre leurs observations et nous signaler les faits de même nature qui pourraient être soumis à leur appréciation (1).

(1) Dans une communication faite à la Société médico-chirurgicale du Brabant, M. le D^r Solé propose, dans l'examen, au point de vue médico-légal, d'un hernieux, de suivre la marche suivante :

1° Nom, prénoms, âge, profession, lieu de naissance du blessé ; — 2° Procès-verbal de l'accident ; — 3° Maladies antérieures ; — 4° Service militaire ; — 5° L'homme portait-il un bandage ? — 6° A-t-il été examiné avant son entrée chez le patron où il travaille actuellement ? — 7° A-t-il été soumis à un examen médical antérieurement ? — 8° Quel genre de travail fait le blessé ? — 9° Le jour de l'accident, faisait-il un travail s'écartant de celui qu'il fait habituellement ? — 10° A-t-il cessé immédiatement son travail ? — 11° Ses compagnons ont-ils remarqué quelque chose d'anormal au moment de l'accident ? — 12° Combien de temps après l'accident, l'ouvrier a-t-il été examiné par le médecin ? — 13° Etat de la région blessée ; — 14° Etat de la région opposée.

Séance du lundi 14 mars 1904.

Présidence de M. VALLON, vice-président,

Le procès-verbal de la séance du 8 février est approuvé sans observation.

M. le SECRÉTAIRE GÉNÉRAL fait le dépouillement de la correspondance. Il donne connaissance de la lettre qu'il a adressée à M. le Président Motet à l'issue de la dernière séance (plus haut, p. 20) et à laquelle M. le président Motet a répondu en ces termes :

Monsieur le Secrétaire Général,

J'ai été profondément touché du témoignage de sympathie dont vous avez été l'interprète, et j'ai l'honneur de vous prier d'exprimer ma reconnaissance à mes honorés et excellents Collègues.

Cruellement atteint, je ne puis trouver un peu d'apaisement que dans la pensée que ma douleur est comprise. Je sais combien a été grande, combien sincère, la part que mes Collègues ont prise à mon immense chagrin, je les en remercie de tout mon cœur.

Recevez tout particulièrement pour vous, Monsieur le Secrétaire général, l'expression de mes sentiments les plus distingués et tout dévoués.

A. MOTET.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL ajoute que, en s'excusant de ne pouvoir assister à la séance de ce jour, M. le Président s'exprime, en outre, en ces termes : « J'ai reçu, ce matin, le Bulletin de la Société et j'y ai lu l'allocution de M. G. Rocher ; je suis très ému de tant de témoignages d'affection. »

Décès d'un membre correspondant étranger.

M. le SECRÉTAIRE GÉNÉRAL annonce qu'il a le regret d'avoir à faire part du décès d'un des plus anciens membres correspondants étrangers de la Société.

« M. le Dr Jean F. Chauveau — dit-il — est décédé à New-York au mois d'octobre 1903, après cinquante années de pratique médicale justement appréciée de la colonie française de New-York, dans laquelle il jouissait de la plus grande estime.

« Au lendemain de la fondation de la *Société de médecine légale de France*, M. le Dr Chauveau, qui avait été, deux ans auparavant, un des fondateurs, avec M. le docteur Finelle,

de la *Société médico-légale de New York*, envoyait à notre jeune Société une lettre en date du 5 mai 1868 dans laquelle il exprimait tout le plaisir qu'il ressentait d'apprendre qu'en France une société venait d'être fondée ayant le même but que celle de New-York : « Nous vous tendons une main « cordiale et fraternelle », disait M. le Dr Chauveau, et c'est pour répondre à ces sentiments de bonne confraternité que M. le Dr Chauveau fut proclamé membre correspondant étranger de notre Société (1).

« En apprenant le décès de M. le Dr Chauveau, je me suis empressé d'exprimer nos plus sympathiques condoléances à son fils (*marques d'approbation*), qui exerce aussi la profession de médecin et qui continue à New-York auprès de la colonie française les traditions d'honneur et de dévouement que lui a léguées son père. »

A la suite de cette communication, la Société, dans le but de perpétuer le souvenir du regretté docteur Chauveau, proclame son fils membre correspondant étranger de la Société de médecine légale de France.

Membres correspondants nationaux.

M. le SECRÉTAIRE GÉNÉRAL rappelle à la Société que onze vacances de membres correspondants nationaux ont été déclarées dans la dernière séance, mais qu'il y a lieu de rectifier deux erreurs dans la répartition indiquée au *Bulletin* (plus haut, p. 18) : a) il n'y a pas lieu d'attribuer une place dans le ressort de la cour de Rennes qui comprend actuellement sept membres correspondants; b) le ressort de Besançon n'a droit qu'à une place, au lieu de deux. En conséquence, la répartition des 11 candidats à élire se fera de la façon suivante :

2 dans le ressort de la cour d'Agen.			
1	—	—	d'Angers.
1	—	—	de Besançon.
1	—	—	de Caen.
2	—	—	de Dijon.
1	—	—	de Douai.
1	—	—	de Rouen.
2	—	—	de Toulouse.

(1) Séance du 11 juin 1868 ; *Bulletin de la Société*, T. I., p. 84.

D'autre part, la Société ayant reçu des lettres de candidature de MM. Guilhem (Toulouse), Dresch (Foix), Orliac (Agen), Pujos (Auch), Didier (Rouen), Lagrange (Chalon-sur-Saône), Cator (Fleurance), Miran (Lectoure) et Quioc (Dijon), il est décidé que ces lettres seront transmises, avec les documents et renseignements qui y sont joints, à une commission spéciale chargée d'examiner les titres de ces candidats.

Cette commission est ainsi composée : MM. Lefuel, président; Granjux, rapporteur; Socquet, membre.

Toutes autres candidatures qui seront posées ultérieurement seront également transmises à cette commission.

Subvention du Ministère.

M. le SECRÉTAIRE GÉNÉRAL informe que, par lettre du 27 février 1904, M. le Ministre de l'Instruction publique a annoncé qu'une *subvention de 300 fr.* était accordée à la Société pour l'année 1904. Je me suis empressé — ajoute-t-il — de remercier, en votre nom, M. le Ministre, de cette nouvelle preuve de l'intérêt que le Gouvernement veut bien apporter à nos efforts et à nos travaux. (*Approbations unanimes.*)

A la suite de cette communication, la Société donne pouvoir à M. Socquet, son trésorier, de toucher la somme de trois cents francs dont s'agit, ainsi que celles qui pourraient lui être allouées à l'avenir et d'en donner quittance.

Communications diverses.

L'Agence télégraphique « l'Information » nous a demandé de vouloir bien autoriser un de ses rédacteurs à assister à nos séances, s'offrant d'ailleurs à insérer régulièrement nos communications dans sa feuille quotidienne. En remerciant le Directeur de « l'Information » de son offre, nous avons autorisé un de ses rédacteurs à assister à nos séances.

L'œuvre de la Tuberculose humaine nous a adressé le texte des résolutions prises à l'unanimité par son Comité médical dans sa séance du 21 janvier 1904, en les proposant à notre assentiment. L'Œuvre s'élève surtout « contre la « réclame qui circonviend les tuberculeux dans les journaux » et ailleurs et qui sont ainsi amenés à soigner leur affection pendant de longs mois sans direction ni méthode et « principalement avec le produit du jour le plus tapageur. »

Cette question rentrant dans la communication de M. Rocher, portée à l'ordre du jour de la séance, la Société décide de renvoyer la circulaire de l'Œuvre de la tuberculose humaine à l'examen de la commission qui sera chargée d'étudier les propositions de M. G. Rocher.

Rédaction des feuilles d'ordonnance.

M. GRANJUX. — J'ai l'honneur de déposer sur le bureau de la Société, de la part de M. le Dr DESESQUELLE, une petite brochure contenant deux articles relatifs aux *feuilles d'ordonnance*. Dans cet article, M. Desesquelle propose un moyen propre à empêcher l'exécution par le pharmacien d'ordonnances où la signature d'un médecin est faussement apposée. Pour atteindre ce but, l'auteur préconise, pour les ordonnances contenant des toxiques, l'emploi par le médecin d'une feuille de papier portant en tête son nom et son adresse imprimés en double, à droite et à gauche. Le pharmacien, après avoir exécuté la prescription, détacherait le nom et l'adresse imprimés sur le côté droit de l'ordonnance et le collerait sur le registre où celle-ci aurait été transcrite.

L'impression du nom et de l'adresse du médecin pourrait être fait par celui-ci au moyen d'un timbre mobile, qu'il porterait sur lui, et qui serait délivré par la préfecture.

Modification à l'article 41 du règlement intérieur

Rapport de M. le Dr Briand au nom de la Commission chargée d'étudier cette question.

Messieurs,

Vous avez renvoyé à une Commission composée de MM. Briand, Constant et Vallon une proposition tendant à modifier l'article 41 de nos statuts, qui nous oblige à conserver chaque année 50 exemplaires de nos *Bulletins*, c'est-à-dire plus qu'il n'est nécessaire et plus que notre bibliothèque en peut raisonnablement contenir.

Votre commission s'est réunie pour discuter la proposition qui lui était soumise. Elle me charge de vous faire part de ses résolutions.

Elle est d'avis de modifier l'article 41 en diminuant le nombre des exemplaires du *Bulletin* que notre archiviste doit conserver.

Le nouvel article 41 serait ainsi conçu :

ART. 41. « Il devra rester en dépôt aux archives au moins dix exemplaires de la collection complète du *Bulletin*, dont il ne pourra être disposé sans une décision du Bureau. »

Toutefois, la Commission estime que, pour les cinq dernières années, ce chiffre soit toujours porté à 30.

Elle vous demande en outre d'autoriser notre Secrétaire général à disposer de tous les exemplaires dépassant les chiffres ci-dessus indiqués et cela de la façon suivante :

1^o Gratuitement, en faveur des membres titulaires qui en feraient la demande.

2^o Gratuitement, en faveur des bibliothèques des Facultés de Médecine et de Droit, de l'Association des Etudiants, des Cours et tribunaux, etc.

3^o Au prix qui sera fixé par le Bureau, en faveur des membres correspondants.

4^o A un prix à débattre, aux librairies qui voudraient faire l'acquisition de tout ou partie du solde.

Ces propositions sont adoptées à l'unanimité, et tous pouvoirs sont donnés au Bureau pour assurer l'exécution des résolutions ci-dessus au mieux des intérêts de la Société.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL indique que, désormais, les collections du *Bulletin* seront conservées dans un meuble spécial, placé dans le cabinet de M. le Dr Floquet au Palais de Justice. Il invite les membres titulaires de la Société qui désireraient compléter leur collection du *Bulletin* à lui signaler, dès maintenant, les volumes qui leur manquent afin de leur donner de suite satisfaction.

A propos des médecins dits assermentés.

M. LEFUEL. — A la séance du 9 novembre 1903, M. le Dr Floquet avait fait remarquer que les administrations de l'Etat demandent aux candidats qui postulent un emploi, un certificat d'aptitude physique délivré par un médecin *assermenté*, alors que les lois et règlements sont muets sur ce que peut être ce médecin assermenté. A ce moment, j'ai signalé que le fait pour les médecins experts d'être tenus à prêter serment pour chaque affaire était la meilleure preuve qu'il n'y avait pas de médecins assermentés.

Cependant à la séance suivante (14 décembre), M. le Dr Masbrenier est venu nous dire qu'il était assermenté depuis

l'année 1873 par arrêté préfectoral et qu'il existait des médecins assermentés dans tous les départements.

Dans ces conditions, la Société m'a chargé d'étudier la question à nouveau. Mes recherches sont restées longtemps infructueuses, mais j'ai fini par trouver un avis du Conseil d'Etat du 29 novembre 1879, qui tranche la question.

Voici cet avis qui mérite d'être reproduit intégralement en raison de son importance.

Avis du Conseil d'Etat du 29 novembre 1879.

La Section des Finances, de la guerre, de la marine et des colonies du Conseil d'Etat, sur le renvoi ordonné par le Ministre des Finances, a pris connaissance de la liquidation d'une pension de 699 francs proposée en faveur de la veuve du sieur Serré, de son vivant receveur de l'enregistrement.

En examinant les diverses pièces de l'instruction, la Section a constaté que, conformément aux habitudes du département des Finances, le médecin qualifié d'*assermenté* est non un médecin désigné spécialement pour l'examen du fonctionnaire déterminé dont il s'agit et ayant prêté en cette qualité un serment particulier, mais bien un homme de l'art désigné d'une façon générale comme médecin de l'administration après un serment prêté une fois pour toutes. La Section a même constaté que, dans la présente affaire, le médecin traitant se trouve être le médecin dit *assermenté*. Ces pratiques, contraires à celles qui sont suivies par le département de la Justice, ont pour conséquence que la plupart des garanties prévues par la loi pour la concession des pensions exceptionnelles et, en particulier, celles qui résultent d'un double examen médical, disparaissent complètement.

Le sieur Serré étant mort, la Section a pensé qu'il y avait lieu d'approuver la liquidation de la pension de sa veuve, alors que toute nouvelle instruction était impossible en fait. Néanmoins, elle croit devoir formuler des réserves expresses et inviter l'Administration à préparer, dans le sens des observations qui précèdent, une communication à adresser aux divers départements ministériels, relativement aux formalités prescrites par l'article 35 du règlement d'administration publique du 9 novembre 1853.

En résumé, le Conseil d'Etat estime que la désignation comme expert d'un médecin ayant prêté serment une fois pour toutes est contraire au texte de la loi et à son esprit.

M. MASBRENIER. — L'avis du Conseil d'Etat est resté lettre morte. Les préfets se garderont bien de renoncer aux médecins assermentés, car les médecins des administrations ne pourraient s'astreindre à aller prêter serment chaque fois

qu'ils ont à examiner un sujet. Leurs faibles émoluments ne leur permettent pas de perdre ainsi leur temps à maintes reprises.

M. LEFUEIL. — Pour obvier à cet inconvénient, il suffirait de ne pas avoir un seul médecin pour toutes les expertises administratives mais d'en prendre plusieurs.

M. MASBRENIER. — A Paris, on tourne la difficulté en désignant l'expert comme médecin de l'administration.

DES RÉCLAMES MÉDICO-PHARMACEUTIQUES

M. G. ROCHER. — Le 1^{er} février 1803, divers journaux parisiens inséraient la circulaire suivante :

Le Conseiller d'Etat, Préfet de police
aux Rédacteurs des journaux.

Je m'aperçois chaque jour davantage, Citoyens, que des Individus qui n'ont aucun titre légal pour exercer la Médecine et la Pharmacie font annoncer dans les journaux des médicaments et des compositions dont l'efficacité n'est nullement garantie. Comme la santé des citoyens pourrait être compromise par l'usage de ces remèdes, je vous recommande de n'en insérer dorénavant les annonces dans votre Journal qu'autant qu'elles auront été revêtues de mon approbation. Je compte sur toute votre exactitude à vous conformer à cette mesure.

Je vous salue.

Le Conseiller d'Etat, Préfet,

DUBOIS.

Voilà un siècle écoulé et la situation est identique. Tous les organes de la presse parisienne ou provinciale étalent à leur quatrième page des articles intitulés : « Causeries Médicales » ou « Conseils du Docteur », proclamant les résultats prestigieux de médicaments à dénominations retentissantes ou de traitements infailibles pour les maladies les plus à la mode ou les plus invétérées, avec assurance de guérison à courte échéance, et le tout sous l'égide d'un docteur X, Y, ou Z.

Cette pratique présente à beaucoup de points de vue

les plus graves inconvénients, souvent même un véritable danger et, dans un intérêt général, sur la dénonciation faite par le Syndicat des Médecins de la Seine, Monsieur le Procureur de la République s'est ému et a désigné un juge d'instruction pour étudier la question et voir s'il n'y avait pas lieu de poursuivre la production de ces réclames. Les articles ainsi répandus par la Presse sont ou anonymes ou signés de noms de docteurs apocryphes.

Il y a lieu de rechercher si le fait de publier ainsi de véritables traitements de maladies, dont le diagnostic est donné avec détails, pour permettre au lecteur de penser reconnaître les symptômes dont il se croit atteint, ne pourrait pas tomber sous le coup de poursuites pour exercice illégal de la médecine.

De plus, la loi du 30 novembre 1892, dans son article 9, ayant interdit d'exercer sous un *pseudonyme* la profession de médecin, le fait de signer lesdits articles d'un faux nom, même au cas où ils seraient l'œuvre de personnes ayant le titre légal, paraît devoir tomber également sous l'application des peines édictées par l'article 8.

Enfin, il peut y avoir à rechercher si ces publications tendant à faire naître l'espérance de guérisons chimériques ne pourraient pas tomber sous l'application de l'article 405 du code pénal.

Ce sont là une série de questions d'un intérêt général et social qui semble rentrer dans la compétence de la Société de médecine légale et qui pourraient être renvoyées à l'examen d'une commission spéciale dont le rapport serait ultérieurement discuté.

M. FLOQUET. — Il me semble nécessaire, pour obtenir tout l'effet que se propose M. Rocher, de s'attaquer au pseudonyme sous toutes ses formes, et notamment à celui qui sert à abriter la réclame que l'on sait dans certains édicules. On n'y voit plus comme jadis : « Cabinet du docteur Armand »,

— docteur qui n'a jamais existé — mais « Cabinet Armand » tenu par le Dr X...

M. VALLON. — Cette modification dans la rédaction de ces affiches est le résultat d'une ordonnance du préfet de police.

M. ROCHER. — La question de l'affichage dans ces édicules est en litige. M. Augagneur, maire de Lyon, a pris un arrêté pour enrayer cette publicité malsaine ; mais cet arrêté n'a pas eu jusqu'ici grand effet, en raison des contrats de publicité qui lient la ville. Quand ils prendront fin, il faut espérer que les nouveaux cahiers des charges spécifieront que les affiches ne pourront être apposées qu'après visa du maire.

M. CHASSEVANT. — Il y a une variété de pseudonymes qui mérite encore d'être signalée. Il s'agit d'un médecin ayant deux noms reliés par une particule. Le premier nom est celui porté sur son diplôme et sous lequel il exerce la médecine générale ; le second lui sert pour se livrer à une spécialité !

M. GARNIER. — En dehors des journaux et des édicules, il y a pour la réclame un mode de pénétration encore plus intensif. Je veux parler des brochures, des faciscules. Ils s'introduisent partout, s'infiltrant de tous cotés. C'est une inondation, particulièrement dangereuse pour nos malades. Il y a notamment une plaquette de New-York, traitant de l'hypnotisme qui fait beaucoup de mal. Tous les renseignements sont, en théorie, donnés gratuitement : c'est tentant. On écrit. Alors on est pris, et arrivent des livres *spéciaux* pour une valeur de 30 à 40 fr. Nos déséquilibrés travaillent consciencieusement cette littérature et y trouvent l'occasion de dérailler. Fréquemment nous avons trouvé cette brochure de New-York dans les poches des individus qui nous étaient amenés à l'infirmerie du Dépôt.

M. VALLON. — M. Garnier a raison, il faudrait pouvoir atteindre tous les modes de cette publicité de mauvais aloi.

M. LUTAUD. — Il y a des choses au moins aussi fortes à l'actif des ordres religieux, notamment en ce qui concerne Saint-Antoine de Padoue.

M. ROCHER. — Les almanachs consacrent des pages entières à de véritables chapitres de pathologie où sont passés en

revue les traitements des diverses maladies. C'est encore là un abus.

M. CHRISTIAN. — Le charlatanisme s'étend partout, et vous n'obtiendrez rien. Lorsque le médecin diplômé ne peut guérir son malade, celui-ci va chez les charlatans, dont les meilleurs clients sont souvent les gens les plus riches.

M. VALLON. — M. Christian est un peu trop pessimiste ; il est certain que nous ne détruisons pas le charlatanisme, mais on peut espérer en restreindre les déplorables effets. Quand on réduit le nombre des marchands de vins dans un pays, on n'empêche pas de se griser les individus qui en ont envie ; cependant l'alcoolisme diminue toujours dans ces conditions.

M. MASBRENIER. — Derrière cette publicité se glisse souvent l'escroquerie. C'est ainsi qu'un individu soignant par correspondance, soi-disant gratuitement, envoyait contre remboursement des drogues dont la valeur réelle était si minime que la gare de Melun avait pour consigne, en cas de non paiement, de les détruire plutôt que de faire supporter à l'expéditeur les frais de retour.

M. CHRISTIAN. — Je ne suis pas trop pessimiste. Quand j'exerçais la médecine générale, j'eus à donner mes soins à la femme d'un juge de paix, qui avait fait une chute sur le genou. Deux jours après, le mari me prévenait avec toutes sortes de précautions oratoires qu'on avait appelé une rebouteuse en renom : coût 40 sous et une bouteille de vin. Une autre fois, le mari d'une pauvre femme que je soignais au titre du bureau de bienfaisance me demanda cinq francs pour aller consulter une somnambule pour sa femme !

M. VALLON. — Les faits dont parle M. Christian rentrent dans l'exercice illégal de la médecine et paraissent étrangers à la question posée par notre collègue M. Rocher. Ce dont la Société est saisie, ce sont les réclames médico-pharmaceutiques faites par la voie de la presse et tous autres moyens de publicité, et je propose à la Société de soumettre la question à l'examen d'une commission.

Cette proposition est acceptée à l'unanimité et la commission est composée de MM. Lefuel, président ; Garnier, Rocher, Floquet, Leredu, Georges Brouardel et Chassevant, membres.

DU RÔLE DE LA PHOTOGRAPHIE.

EN MÉDECINE LÉGALE.

M. CHRISTIAN rend compte d'une récente brochure de M. le professeur Strassmann (de Berlin), dans les termes suivants :

Déjà en 1888, Liman, dans la dernière édition de son *Traité de médecine légale*, se demandait pourquoi on n'appliquait pas habituellement la photographie à l'étude et à la description du cadavre. Sander, Odebrecht et d'autres émirent les mêmes vœux. Mais c'est Tourdes, le vénéré maître de Strasbourg, qui, le premier (1862), employa la photographie pour élucider certaines questions d'*identité*, et aussi pour conserver l'image de certaines pièces intéressantes. J'ai été heureux de voir un savant allemand rendre cet hommage à un Français : le fait est assez rare pour que je le signale en passant.

Il est très facile à M. le professeur Strassmann de montrer tous les avantages de la photographie appliquée aux recherches de médecine légale et, comme il le fait remarquer, aucune description, si fidèle et si bien faite qu'elle soit, ne saurait égaler la précision et la fidélité de l'épreuve photographique. Un cadavre étant découvert avec présomption de crime, de suicide ou d'accident, il serait de la plus haute importance de le photographier dans la position où il a été découvert, avant que personne l'ait déplacé; et dans le milieu exact où il se trouve mille particularités intéressantes seraient ainsi notées, qui n'existent plus quand le cadavre a été transporté sur la table d'autopsie. Bien souvent une seule de ces particularités suffirait pour orienter l'expert.

Malheureusement, il est bien difficile d'obtenir un pareil résultat. Que, dans un centre universitaire, pourvu d'un institut médico-légal et d'un personnel rompu aux

expertises, il soit relativement facile d'arriver à photographier les objets sur lesquels porte l'examen, comment espérer qu'il en puisse être ainsi dans les petites localités où tout manque, matériel et personnel. Sans compter, et c'est encore une considération importante, les frais assez considérables que toutes ces recherches ne manqueraient pas d'entraîner ?

M. le professeur Strassmann énumère toutes les circonstances où la photographie peut rendre les plus grands services au médecin expert. Personne ne le contredira. Je ne veux pas le suivre dans toutes ses considérations. Un point cependant m'a frappé, et je crois intéressant de le relever. Souvent la photographie révèle des particularités qui échappent à l'œil nu. En voici deux exemples bien curieux :

Une dame va se faire photographier : l'épreuve négative réussit admirablement ; mais, à l'épreuve positive, on remarque que la peau du visage et des mains est criblée de points noirs. L'artiste s'imagine que sa plaque a un défaut, et il recommence l'épreuve, une fois, deux fois. Toujours même résultat. Finalement, il tire l'épreuve définitive, et quand, deux jours après, il la porte à sa cliente, il apprend, à sa grande stupéfaction, que celle-ci est couverte d'une éruption de variole ! Ainsi la maladie s'était révélée sur la plaque photographique, avant que le médecin et l'entourage l'aient seulement soupçonnée.

L'autre exemple se rapporte à un monsieur qui va se faire photographier avec sa famille : il ne présente aucune particularité dans sa physionomie, ni dans la coloration de son visage, et cependant la photographie lui donne l'apparence caractéristique de mulâtre : le lendemain, il avait une jaunisse intense !

En résumé, et nous serons tous d'accord sur ce point avec M. le professeur Strassmann, il est à souhaiter que la photographie joue un rôle de plus en plus fréquent dans les expertises médico-légales. Quand on songe avec

quelle rapidité, dans certains cas, la décomposition altère les tissus et les organes, dénature complètement leurs rapports, on est obligé de reconnaître qu'une photographie, faite dès le premier moment, faciliterait singulièrement la tâche du médecin légiste et souvent empêcherait des conclusions erronées.

Mais ce n'est pas seulement dans les cas de crimes, quand il s'agit de l'examen d'un cadavre, que la photographie peut être utile. Dans les cas de viols, d'attentats aux mœurs, une photographie bien faite, s'il est possible de l'obtenir, donnerait des éléments certains d'appréciations à l'expert, en lui révélant l'image fidèle du membre viril chez l'homme, de la membrane hymen chez la femme, etc.

Enfin, même en psychiatrie, on pourrait, par l'examen de la photographie, retrouver la physionomie caractéristique du paralytique général, du dément sénile, de l'aliéné en stupeur, etc.

« En un mot, la photographie fixe les faits dans leur aspect invariable et apporte des documents d'une sincérité absolue ; en second lieu, elle s'est révélée comme un précieux instrument d'expérience en rendant visible l'invisible, soit par action chimique, soit par simple grossissement. »

C'est par ces réflexions que je termine, je les ai trouvées dans le dernier numéro des *Annales d'hygiène*, à propos d'un ouvrage important qui vient de paraître : *La photographie judiciaire*, par le Dr A. Reiss, Paris 1903.

DE L'ALIÉNATION MENTALE

COMME CAUSE DE DIVORCE.

M. le Dr LUTAUD pose à la Société la question de savoir si les maladies incurables, spécialement l'aliénation mentale reconnue telle, ne devraient pas être considérées comme une cause de divorce.

La question n'est pas nouvelle ; elle a été discutée

dans nos assemblées parlementaires et c'est en se basant sur des considérations d'une haute portée morale que nos législateurs ont rayé la maladie parmi les causes de divorce.

Je sais bien qu'on a tourné la loi et qu'il est presque toujours possible d'obtenir le divorce lorsqu'un des conjoints est syphilitique, ou alcoolique ; il y a même des cas où le divorce a été prononcé lorsque le mari était atteint de psychose se traduisant par des actes répugnants de perversion génitale. Dans ces cas, les conséquences de l'acte morbide sont considérées par les tribunaux comme « sévices et injures graves » ; le juge comble par son intelligence et sa juste appréciation des faits le vide de la loi ; une procédure bien conduite peut toujours débarrasser une femme d'un mari syphilitique, débauché ou ivrogne.

Mais il existe d'autres tares pathologiques, plus graves encore, qui apportent à la vie conjugale les plus sérieuses entraves et font courir à l'espèce le danger d'une procréation dégénérée : telles sont la tuberculose et l'aliénation mentale qui sont, à mon avis, les seules affections qui pourraient être prises en sérieuse considération pour demander la dissolution légale du mariage.

Avant d'étudier ces deux affections, je désire me prononcer sur une question préalable, aujourd'hui fort discutée dans les milieux sociaux : c'est celle de la déclaration des maladies *avant l'union conjugale*.

Plusieurs médecins ont en effet émis l'opinion que les fiancés doivent mutuellement se renseigner sur leur santé avant de contracter mariage ; quelques-uns même ont mis en avant l'institution d'une sorte de *conseil de revision matrimonial*.

Malgré toute ma bonne volonté, il m'est impossible de considérer autrement que comme un paradoxe l'idée qui consisterait à soumettre à un examen médical les candi-

dats au mariage et surtout de donner une sanction légale à cet examen. Des investigations de ce genre seraient peut-être acceptées par quelques candidats du sexe masculin, mais quel est donc le père de famille qui les accepterait pour sa fille ?

Je ne puis non plus accorder la moindre importance à la déclaration *volontaire et réciproque* que les fiancés devraient se faire de leurs maladies ou diathèses ; non seulement ces déclarations spontanées ne cadrent pas avec nos mœurs actuelles, mais l'individu qui est atteint de tuberculose, de paralysie générale, ou même d'épilepsie, ignore le plus souvent son état ; il peut également de très bonne foi se croire guéri. Il faut se contenter de recommander aux familles de pratiquer avec le plus de soin possible l'enquête discrète que tout médecin doit conseiller. Je pense que dans aucun cas (à l'exception des maladies vénériennes), la non-déclaration d'une maladie existant avant l'union ne peut être l'objet d'une instance en divorce lorsque le mariage est consommé.

Je limiterai donc mes observations aux affections qui se sont développées *après le mariage*.

Un assez grand nombre de médecins, se plaçant tantôt sur le terrain sentimental, tantôt sur le terrain encore assez mouvant de la transmissibilité des maladies, voudraient faire figurer un assez grand nombre d'affections parmi celles qui peuvent être le point de départ d'une instance en divorce.

Les plus importantes sont la syphilis, la tuberculose, le tabès et l'aliénation mentale.

Voici les raisons qui me font rejeter toutes ces affections à l'exception d'une seule : *l'aliénation mentale*.

Il suffit d'établir rapidement un parallèle :

Ainsi que son nom l'indique, l'*aliéné*, qui est le plus souvent incurable, est devenu, par la perte de la raison et des sentiments affectifs, *aliéné* au milieu ambiant,

étranger à tous les êtres au milieu desquels il avait vécu jusqu'au jour où il a été frappé. Il ne sait rien, ne voit rien, ne sent rien ; il est insensible aux soins les plus affectueux ; c'est à peine s'il connaît les gens chargés de veiller à sa sécurité et de subvenir à sa vie matérielle.

En est-il de même du *tuberculeux* ou du *tabétique* ? Ceux-ci, non seulement conservent quelques chances de guérison ou de retour à une santé relative, mais ils restent intacts au point de vue psychologique ; leur état, loin d'exciter la répulsion, augmente au contraire la sympathie de ceux qui les entourent ; s'il sont partiellement atteints dans un de leur organe, ils conservent les facultés nobles et élevées qui sont l'apanage de l'esprit humain, ils répondent par leur affectueuse gratitude aux soins dont ils sont entourés, s'ils sont parfois frappés d'incapacité physique, ils conservent la capacité civile, jouissent de tous leurs droits et peuvent encore diriger utilement leur famille et les intérêts moraux et matériels dont ils ont la charge.

Du reste, l'incurabilité absolue des maladies diathésiques que je viens d'exposer n'est pas démontrée et les exemples de guérison de la tuberculose ne sont pas rares. Il ne convient donc pas de considérer la tuberculose et les diathèses analogues comme causes de divorce.

L'*aliénation mentale* est au contraire, à mon sens du moins, la *seule* affection qui puissent être considérée comme un motif suffisant pour rompre l'union conjugale.

La question a déjà été envisagée en 1882, lors de la promulgation de la loi Naquet ; un grand nombre de députés étaient disposés à considérer la folie comme une cause de divorce, lorsque intervint dans la discussion un médecin aliéniste, M. le docteur Blanche qui, opposé en principe au divorce, a cherché à en restreindre les applications et a fait auprès des commissions de la Chambre et du Sénat des démarches qui ont malheureusement abouti.

M. Blanche a donné en faveur de sa thèse les arguments suivants :

1° Il y a des exemples, quoique rares, de guérison de psychoses anciennes ;

2° L'aliéné, par cela seul qu'il est aliéné, ne peut faire un acte quelconque qui soit légalement valable ; or si une demande en divorce était introduite contre lui, son consentement serait nul.

A l'appui de ces arguments, M. Blanche citait une seule observation que je résume brièvement, d'après une communication faite à l'Académie de médecine dans la séance du 9 mai 1882 : Une dame, atteinte de lypémanie, est restée quinze ans dans une maison de santé ; elle avait été frappée d'interdiction et on la considérait comme incurable ; elle a guéri cependant et a repris sa place dans sa famille et dans le monde.

Le Dr Blanche voulait bien cependant reconnaître que, dans le plus grand nombre des cas, le médecin peut affirmer l'incurabilité de la folie ; l'opinion de cet aliéniste a cependant prévalu malgré les assertions contraires de savants éminents parmi lesquels il nous suffira de citer le docteur Luys.

Il me paraît temps de reprendre la question. Je n'ai certes pas l'autorité d'un aliéniste, mais les faits que j'ai observés pendant ma carrière déjà longue de médecin légiste m'ont permis d'envisager la question au point de vue pratique. Je citerai d'abord quelques faits observés dans mon entourage immédiat.

a) Un de mes confrères, qui exerce dans une ville de province, a épousé en 1873 une jeune fille qui a présenté, cinq ans après son mariage, des signes de démence avec lypémanie comme symptôme prédominant ; les soins les plus assidus et les plus affectueux que le mari a prodigués à sa femme pendant dix ans n'ont eu aucune influence sur la dégénérescence psychique, et la malade a été internée

en 1883. La situation de notre confrère était d'autant plus malheureuse que, dans la ville où il exerçait, la famille de sa femme avait répandu le bruit que les mauvais traitements de la part du mari avaient seuls pu déterminer la folie. Il eut à soutenir de nombreux procès et, finalement, dut abandonner sa clientèle et aller exercer ailleurs. Ce n'est qu'en 1899 que la mort de la malade lui rendit la paix et la liberté et lui permit de se constituer un foyer digne de lui. Ainsi voilà un malheureux médecin qui fut pendant vingt-six ans la victime de la lacune de la loi.

b) Voici un autre fait survenu dans une famille avec laquelle j'ai été particulièrement lié :

Madame G... est mariée au capitaine D... dans une ville de province dont je ne citerai pas le nom. Le fiancé, qui habitait Paris n'avait eu avec sa future que les relations de convenance qui précèdent la plupart des mariages mondains ; on s'était contenté de prendre les renseignements d'usage qui avaient été excellents.

Le mariage a lieu à la mairie, puis à l'église ; tout se passe bien. A la fin du bal qui terminait la fête, on cherche le mari ; il avait disparu ; grand émoi dans la famille et parmi les amis ; mais toutes les recherches furent vaines ; la mariée dut se retirer seule et se contenter des consolations de sa maman.

Le lendemain, pas de nouvelles ; on fit faire par la police des recherches à Paris qui donnèrent les résultats suivants. Le capitaine G... avait quitté la ville de province à la fin du bal et avait pris le premier train pour Paris ; de là, il s'était rendu chez une de ses maîtresses où il était resté deux jours en se livrant à toutes sortes d'excentricités et gaspillant quelques billets de mille francs qu'il avait pris sur la dot de sa femme. Il devint tellement excité qu'il fut arrêté, conduit au dépôt et enfin à Sainte-Anne comme aliéné.

Ce malheureux présentait tous les signes de la paraly-

sie générale ; après un court séjour à Sainte-Anne, il fut transféré dans un asile privé par les soins de la famille qui avait enfin découvert sa retraite. Il ne succomba que sept ans après son mariage.

Ainsi voilà une jeune femme qui avait subi l'injure la plus grave, qui avait été lésée dans son honneur, dans sa fortune, dans sa réputation et qui ne pouvait cependant réclamer le divorce parce que son mari était aliéné.

J'ai cité ces deux exemples parce qu'ils ont été observés dans mon entourage immédiat ; mais les faits de ce genre sont extrêmement fréquents.

Le nombre des paralytiques généraux, qui entrent dans des familles honorables et présentent des symptômes de folie peu de temps après le mariage, est considérable ; la femme ne peut invoquer le divorce et doit encore s'estimer fort heureuse lorsque son mari n'a pas dilapidé sa fortune pendant les premières semaines de l'union et lorsqu'une conception malheureuse ne l'oblige pas à procréer une postérité très probablement vouée à la dégénérescence.

On dira que, dans les cas de *paralysie générale*, l'évolution de la maladie est assez rapide pour amener la mort dans un délai relativement court, ce qui permet au conjoint de patienter puisqu'il espère retrouver rapidement sa liberté.

Mais c'est encore là une erreur. Si le plus souvent la paralysie générale évolue rapidement, il existe des cas nombreux où les malades séjournent dans les asiles huit ou dix années et où la période de démence ou de gâtisme se prolonge fort longtemps.

Puisque l'affection est reconnue incurable, pourquoi ne pas permettre au malheureux qui n'a été uni que peu de temps à un individu déjà frappé au moment du mariage de reprendre sa liberté ? Pourquoi faire naître chez celui qui souffre cette idée, toujours immorale, qu'il ne sera délivré que par le mort d'un être humain ?

Mais admettons que, dans la paralysie générale, la mort apporte une solution assez rapide dans un grand nombre de cas ; en est-il de même dans les *psychopathies* beaucoup plus nombreuses, telles que la manie, la mélancolie, la lypémanie, qui se traduisent par des lésions à évolution lente qui permettent à l'individu de survivre si longtemps à sa déchéance psychique ?

Quel est celui d'entre nous qui n'a pas observé dans les asiles ces malheureux déments qui parcourent parfois le cycle d'une longue existence ?

M. Luys a cité le cas d'un halluciné de bonne famille qui, pendant cinquante années, a vécu dans un asile et qui, durant ce long exil de la vie sociale, a vu se dérouler autour de lui toutes les révolutions du XIX^e siècle, depuis 1830 jusqu'à 1870, sans avoir le moindre souci de ce qui se passait autour de lui.

J'ai été chargé, par le conseil de famille d'une dame anglaise, de visiter une malade internée dans un asile privé des environs de Paris. Je la vois de temps en temps ; elle est âgée de 77 ans et vit dans le même asile, toujours aliénée, depuis 1870, soit 34 années de séjour !

Il serait oiseux autant qu'inutile de multiplier les citations.

En somme, ce n'est pas en se basant sur des faits scientifiques, mais sur une question de sentiment, que la folie a été rayée des causes qui peuvent être invoquées en faveur du divorce. On a apitoyé le législateur sur l'état du pauvre aliéné, abandonné des siens, privé des joies et des consolations de la famille ; on n'a pas voulu encourager l'abandon du malade par l'époux resté sain.

En principe, le raisonnement est soutenable ; je pense comme beaucoup d'autres que la *maladie*, d'une façon générale, surtout lorsqu'elle est acquise pendant la communauté, doit resserrer le lien conjugal au lieu de le relâcher. Je considérerais comme un lâche l'homme qui

abandonnerait sa compagne devenue tabétique, aveugle, sourde ou tuberculeuse. Mais je demande une exception pour le fou qui n'est plus un malade, mais un *disparu* sur lequel se sont refermées pour toujours les portes d'un asile et dont la situation sociale ne peut se comparer, au point de vue de la capacité civile, qu'à un condamné à la réclusion perpétuelle; selon l'expression de Luys, le fou est un *mort-vivant*.

Est-il du reste de l'intérêt bien compris de l'aliéné de maintenir le lien conjugal qui relie un mort à un vivant? Je ne le crois pas et la simple observation des faits démontre le contraire.

Que se passe-t-il lorsque l'un des conjoints atteint de folie est interné? La femme (ou le mari) suit d'abord l'évolution de la maladie avec une profonde angoisse; les visites sont fréquentes, trop fréquentes même dans l'intérêt d'une cure qui demande l'isolement; on accuse le plus souvent le médecin de l'asile de vouloir *séquestrer* le sujet en s'opposant à des visites qui ne font qu'augmenter l'excitation. Puis, le temps s'écoule, les visites sont moins fréquentes; à la douleur du début, succède une sorte de résignation. Le conjoint demeuré sain est obligé de vaquer à ses occupations, de surveiller les intérêts compromis par la disparition du *fou*; si celui-ci a été placé dans un asile privé pour y être entouré de soins et d'attentions délicates, on trouve que « cela coûte bien cher »; on s'informe, on consulte à droite et à gauche; finalement, dans un but économique, on effectue le transfert du pauvre aliéné dans un asile de l'Etat où l'entretien est gratuit ou bien meilleur marché. Une fois dément, le malade ne tarde pas à être oublié et le *survivant* ne fait plus que quelques rares visites: parfois même il paie difficilement la pension.

Ce tableau est absolument exact; j'en appelle au témoignage de tous les médecins d'asiles privés ou publics:

sur cent déments qui végètent dans un asile, il y en a plus de quatre-vingts qui sont abandonnés de leurs familles.

Si j'examine *l'intérêt purement matériel* de l'aliéné, la thèse que je soutiens est encore renforcée. Le plus souvent la gestion de ses biens est abandonnée par le conseil de famille au conjoint resté sain ; celui-ci touche les revenus parfois importants de l'interné et ne paie pour lui qu'une pension dérisoire, nullement en rapport avec sa situation sociale ; parfois même une mauvaise gestion amène la disparition de sa fortune et lèse les intérêts des ayants droit.

Il y a des aliénés entretenus gratuitement dans les asiles publics dont la famille pourrait parfaitement payer une pension et assurer plus de bien-être au malade : l'Etat se trouve ainsi lésé.

Ces inconvénients disparaîtraient si le divorce établissait nettement la situation matérielle de chacun ; une séparation complète interviendrait assurant à l'aliéné la jouissance de ses revenus, qui pourraient être entièrement employés à son bien-être matériel. Si le conjoint resté sain est riche, il n'obtiendrait son divorce qu'à la condition d'assurer à l'aliéné une pension suffisante pour son entretien dans une maison de premier ordre.

Je dirai maintenant quelques mots des *intérêts moraux* que soulève cette question. Vous savez que le principal argument invoqué en faveur de la loi rétablissant le divorce en France consistait dans la situation morale où se trouvait l'individu séparé de corps et placé dans l'impossibilité de se remarier. Un très grand nombre d'unions irrégulières et de naissances illégitimes s'observaient inévitablement. Grâce à la loi de 1882 un grand nombre d'unions illicites et de naissances ont pu être légitimées.

Le même argument qui a entraîné le législateur il y a vingt ans n'existe-t-il pas aujourd'hui ?

De quel droit veut-on river un individu jeune et sain à un être déchu pendant toute la durée de son existence. Ne serait-elle pas excusable la jeune femme qui, après avoir subi pendant plusieurs années l'horrible cohabitation d'un fou, nouerait des liens coupables puisque la loi lui refuse une libération qu'elle accorde à d'autres infortunes ? Le divorce est obtenu aujourd'hui pour les motifs les plus futiles : incompatibilité d'humeur, injures, dilapidation, etc., et on le refuse à l'individu dont le conjoint, atteint de démence incurable, a souvent contracté, par une vie de débauche antérieure au mariage, le germe de la folie.

Je viens de parler de démence et ce mot m'oblige à dire quelques mots de la *curabilité de la folie*. Il est évident que le principal argument, le seul, pour ainsi dire, invoqué pour refuser le divorce dans le cas qui nous occupe a été le suivant : Il existe des cas où la folie est curable ».

Je ne contredis point à cette assertion et j'ai déjà reproduit avec complaisance le fait cité par Blanche dans lequel une malade, internée pendant 15 ans, a pu être rendue à la vie normale. Quoique l'observation manque de détails scientifiques et présente plutôt le caractère anecdotique, je veux bien l'admettre.

Mais n'est-ce pas là un fait exceptionnel et tout à fait rare ? Tous les aliénistes ne sont-ils pas plus d'accord pour affirmer qu'il est possible, lorsque la psychose est passée à l'état chronique, d'établir le pronostic ? Où sont-elles les observations authentiques établissant qu'un individu, resté pendant plusieurs années dans l'état de démence, a pu ressusciter et reprendre son rang dans l'état social ? Ne savez-vous pas comme moi que les psychopathies chroniques coïncident avec les lésions cérébrales et qu'une fois l'encéphale atteint, la dégénérescence suit, avec une lenteur parfois déconcertante, l'œuvre néfaste commencée.

Il va sans dire que je ne demande pas que les tribunaux puissent accorder *de plano* le divorce aussitôt que l'aliénation mentale est déclarée. Il y a des questions d'espèces et il a y surtout la question du temps nécessaire pour établir un diagnostic qui ne serait confié bien entendu qu'à des experts compétents.

Je n'aborde pas ici les « voies et moyens », ni les garanties dont la nouvelle loi devra entourer l'aliéné divorcé. Il est évident que la séparation ne pourrait être prononcée que lorsque la folie serait dûment constatée et l'incurabilité reconnue et que le demandeur devrait assurer, dans la mesure de ses moyens, l'existence matérielle du malade. C'est après s'être entouré de tous les éléments d'appréciation que les tribunaux se prononceraient.

Peut-être penserez-vous que la question que je viens de traiter mérite votre attention et que la Société de médecine légale est compétente pour émettre un avis sur la solution qu'elle comporte.

M. CONSTANT. — L'aliénation mentale incurable est un cas de divorce en Allemagne. Je suis en ce moment un procès où le mari, originaire d'Allemagne, s'est marié à une Française devenue aliénée depuis de longues années. Il a introduit une demande en divorce dans la ville d'Alsace-Lorraine où il a contracté mariage. Il aura certainement gain de cause ; mais lorsqu'il faudra rendre le jugement allemand exécutoire en France, il se heurtera à la loi française qui n'admet pas le divorce en pareil cas.

M. VALLON. — Je crois être l'interprète des sentiments de la Société en proposant de soumettre cette question à l'examen d'une commission.

Cette proposition est acceptée à l'unanimité et la commission nommée est composée de MM. Garnier, Lutaud, Christian, Jacomy, Leredu.

Les autres questions portées à l'ordre du jour seront examinées ultérieurement. La séance est levée à 5 h. 45.

Le Secrétaire annuel.

GRANJUX.

Séance du 11 avril 1904.

Présidence de M. MOTET.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

Se sont excusés de ne pouvoir assister à la présente séance : MM. Danet, Socquet et Granjux.

M. le SECRÉTAIRE GÉNÉRAL annonce que, à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant de la Société, M. le Dr Didier (de Rouen) a fait parvenir des travaux importants de médecine légale, qui ont été transmis à la commission des candidatures.

M. le PRÉSIDENT informe la Société que l'un de ses membres, M. le conseiller Benoît, vient d'être nommé président de Chambre à la cour de Paris. « Je me fais votre interprète, — dit-il, — en lui adressant toutes nos félicitations et je vous propose de charger notre secrétaire général de lui exprimer avec quel légitime orgueil notre Société enregistre une nomination si bien justifiée par la science juridique de son ancien président ». (*Approbations unanimes.*)

M. le PRÉSIDENT fait part à la Société, du Congrès des médecins de langue française de l'Amérique du Nord, qui se tiendra à Montréal du 28 au 30 juin prochain. Le Président de cette Association ayant invité la Société de médecine légale de France à participer à ce Congrès et à s'y faire représenter par un délégué officiel, M. le Secrétaire général voudra bien exprimer nos regrets de ne pouvoir déférer à cette invitation et envoyer quelques-uns de nos *Bulletins* à ladite association pour lui témoigner combien nous tenons à honneur d'entretenir avec elle des rapports de bonne confraternité. (*Adopté.*)

M. le professeur BROUARDEL présente à la Société un exemplaire de la 3^e édition d'un ouvrage, excessivement bien fait, de M. S. Baudry, professeur de clinique ophtalmologique à l'Université de Lille : *Etude médico-légale sur les traumatismes de l'œil et de ses annexes* (1).

Ce volume sera renvoyé à l'examen de M. le Dr Dehenne, qui voudra bien en présenter une analyse complète dans une des prochaines séances de la Société.

(1) Paris, 1904 ; vol. in-18, de 323 pages.

Rapport de M. le Dr GRANJUX, au nom de la Commission chargée d'examiner les candidatures au titre de membre correspondant de la Société.

En l'absence de M. le Dr Granjux, M. le SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne lecture de son rapport, qui conclut à présenter :

1° Pour le ressort de la cour d'appel de Toulouse : M. le Dr GUILHEM, professeur à la faculté de médecine de Toulouse et M. le Dr DRESCH, médecin-légiste de l'arrondissement de Foix.

2° Pour le ressort de la cour d'appel de Rouen : M. le Dr DIDIER, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu de Rouen.

3° Pour le ressort de la cour de Dijon : M. le Dr LAGRANGE, expert du parquet de Chalon-sur-Saône et M. le Dr QUIOC, professeur suppléant à l'Ecole de médecine de Dijon ;

4° Pour le ressort de la cour d'appel d'Agen : MM. les docteurs Pujos, d'Auch ; Miran, de Lectoure ; Cator, de Fleurance et Orliac, d'Agen (dans l'ordre indiqué ci-dessus).

LE PRÉSIDENT. — Conformément aux statuts, le scrutin sur ces candidatures aura lieu à la prochaine séance.

M. le SECRÉTAIRE GÉNÉRAL ajoute que les vacances annoncées dans les ressorts d'Angers, de Besançon, de Caen et de Douai restent ouvertes et que les candidatures qui se produiront seront renvoyées à la commission dont M. le Dr Granjux est rapporteur (1).

EXPERTISE EN MATIÈRE CRIMINELLE

PRÉSENCE DU MÉDECIN QUI A FAIT ANTÉRIEUREMENT L'AUTOPSIE DU CADAVRE

M. le SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne lecture d'une lettre qui lui a été adressée et de laquelle il détache les passages suivants :

« ... A l'occasion d'une expertise médico-légale récente, j'ai l'honneur de soumettre à votre haute appréciation les faits suivants et de vous demander si la Société de médecine-légale n'a pas, à un certain moment, pris une décision au sujet de la présence du médecin intéressé à une autopsie.

« Lors du décès du malade, j'avais, à l'amphithéâtre, fait mon autopsie, comme un chef de service procède dans les hôpitaux. Vingt jours après, une exhumation ayant été ordonnée et trois experts

(1) Voir le *Bulletin* de mars 1904, p. 30 et 31.

commis pour procéder à une nouvelle autopsie, M. le juge d'instruction m'invita à venir reconnaître le cadavre. Je me rendis à cette invitation et, avant l'ouverture de la bière, les représentants de la Justice n'étant pas encore arrivés, l'un des experts, porte-paroles de ses collègues, me pria de me retirer, une autopsie médico-légale n'étant pas, dit-il, une expertise contradictoire.

« Je l'informai que je me trouvais là uniquement par ce que j'y avais été convoqué par le magistrat instructeur et que je ne me retirerais que sur son invitation. Le cercueil fut ouvert et, après avoir reconnu le cadavre, je me retirai pour me conformer à leur désir.

« Je vous serai très obligé de vouloir bien me faire connaître si ces procédés sont bien ceux qui sont admis le plus généralement. Je me suis laissé dire, au contraire, que la Société avait émis le désir que toutes les fois qu'un médecin était intéressé d'une façon ou d'une autre dans une autopsie, ce médecin devait être invité à y assister, sans cependant avoir la liberté de prendre la parole, mais pour se tenir à la disposition des experts et leur fournir, le cas échéant, tous renseignements utiles... »

M. le SECRÉTAIRE général ajoute qu'il a répondu que la présence du médecin ayant fait l'autopsie lui paraissait nécessaire lors de l'exhumation du cadavre, pour en constater autant que possible l'identité, à plus forte raison si ce médecin a été appelé à assister à cette exhumation, comme dans l'espèce, par le magistrat instructeur.

La Société n'a pas eu d'ailleurs à se prononcer encore sur cette question ; elle a seulement émis, dans sa séance du 14 janvier 1901, en matière d'expertise ordonnée dans les *instances civiles*, un avis aux termes duquel « les parties ont le « droit, soit en personne, soit par un représentant régulièrement muni de leurs pouvoirs, de suivre les opérations des « experts en faisant tels dires et réquisitions que de « droit. » (1).

M. le Professeur BROUARDEL. — On ne peut imposer à la justice le devoir d'appeler le médecin intéressé, à un titre quelconque, dans une question d'*expertise criminelle*, à assister à l'autopsie du cadavre de la victime. Quant à moi, j'ai pris l'habitude de demander, dans des cas analogues, au juge d'instruction, de vouloir bien autoriser cette présence. Elle ne peut, en effet, que faciliter bien des choses, car, avant de prendre note des lésions observées, j'en fais constater au médecin l'exis-

(1) *Bulletin de la Société* 1901, p. 5

tence, ce qui évite toute discussion technique à cet égard quand l'affaire vient ensuite devant le tribunal. Si mon confrère et moi ne sommes pas alors d'accord sur l'interprétation des faits observés, leur matérialité même ne peut au moins être mise en doute. Je propose donc de répondre aux questions posées dans la lettre dont M. le Secrétaire général vient de nous donner lecture : qu'il appartient au juge d'instruction seul, et sans qu'il y soit tenu, de décider si la présence du médecin, ayant fait antérieurement et seul une autopsie, peut être ou non autorisée lorsque les pièces anatomiques sont soumises à l'expert désigné par la justice. (*Marques d'approbation.*)

LA HERNIE ET LES ACCIDENTS DU TRAVAIL.

LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne lecture d'une lettre de M. le Dr Jablonski (de Poitiers), membre correspondant de la Société, laquelle est ainsi conçue :

« A propos des notes de jurisprudence sur la *hernie et les accidents du travail*, je vous demande à présenter les deux observations suivantes :

« J'ai observé en 1902, à quelques jours d'intervalle, deux cas de hernie qui ont donné lieu chacun à un procès.

« Dans le premier cas, un ouvrier, porteur d'une hernie inguinale depuis vingt-cinq ans, avait été atteint d'étranglement en poussant une charrette à bras. Transporté à l'Hôtel-Dieu de Poitiers, il y fut opéré et succomba deux jours après.

« La Compagnie d'assurances prétendit qu'elle ne devait rien à la famille de cet homme, la hernie existant depuis longtemps déjà. Elle ajoutait que la déclaration de cette infirmité aurait dû lui être faite au moment de la signature du contrat d'assurances (c'était une assurance collective faite avec le patron), car cette déclaration eût été de nature à empêcher d'admettre cet individu au bénéfice de l'assurance. Le Tribunal en décida autrement et la Compagnie fut condamnée à payer.

« Dans le deuxième cas, il s'agissait d'un manoeuvre qui fut frappé par un madrier et il en résulta une forte contusion du pied droit. Pendant qu'on le soignait pour cet accident sans gravité, il fut pris, au bout de quatre ou cinq jours, des symptômes d'un étranglement herniaire. On constata alors seulement l'existence d'une hernie crurale. Le malade fut envoyé à l'hôpital où il succomba au bout de trois jours sans avoir été opéré. L'autopsie ne fut pas faite.

« La Compagnie d'assurances refusa de payer l'indemnité en se basant sur ce que cet homme n'avait pas de hernie avant son accident (contusion du pied) et que, par conséquent, l'étranglement herniaire survenu quand il était déjà en traitement, ne pouvait être considéré comme un accident du travail. Dans cette deuxième affaire, la Compagnie eut gain de cause.

« J'ai pensé que ces deux observations pouvaient offrir un certain intérêt à la Société de Médecine légale. Elles semblent démontrer qu'un *examen médical* des ouvriers devrait être pratiqué au moment où le patron contracte une assurance collective. Je sais que cela serait difficile et onéreux pour les Compagnies, — d'autant plus que les ouvriers ne sont pas désignés *nominativement* sur les polices d'assurances, — et cependant, avec le système actuel, il me paraît que les Compagnies seront *presque toujours* condamnées à payer des indemnités aux familles des hernieux, quelle que soit la cause qui ait produit l'accident, et, en vérité, cela n'est pas juste. »

M. le Professeur BROUARDEL. — La prédisposition individuelle devrait, à mon avis, entrer en ligne de compte dans l'appréciation de la responsabilité pécuniaire de l'auteur d'un accident. Il ne me semble pas, en effet, équitable de faire payer les deux yeux à un patron quand un ouvrier déjà borgne perd le second dans un accident de travail, ou de rendre responsable un patron de la mort d'un tuberculeux ayant succombé à la suite d'un accident dont les conséquences ne

doivent leur gravité qu'à l'existence de lésions antérieures du poumon. Il paraît, m'a-t-on dit, que cette conception de l'équité ne peut appartenir à un « esprit légiste ».

Je crains qu'une jurisprudence contraire ne se tourne plus tard contre les ouvriers, parce que les patrons pourront en arriver à n'employer que des ouvriers s'étant soumis à un examen médical, à la suite duquel tous les tarés seront impitoyablement refusés dans les ateliers. Il en résultera que beaucoup d'entre eux seront dans l'impossibilité de trouver du travail.

M. MASBRENIER. — Souvent un médecin expert, examinant un blessé, constate la présence d'une hernie ancienne que le blessé cherche le plus souvent à attribuer faussement à son accident afin d'en tirer bénéfice.

M. le Dr FLOQUET. — La question spéciale des hernies, suites ou conséquences des accidents du travail, rentre dans la question plus générale de savoir si les complications qui ne sont pas les conséquences directes et naturelles de l'accident, peuvent donner lieu à une allocation de dommages-intérêts. La Société de médecine légale a déjà examiné cette question générale, sur mon initiative, dans sa séance du 14 février 1898. A la suite d'un échange d'observations entre MM. Benoît, Descoust, Picqué, Ladreit de la Charrière, Charles Constant et Briand, il a été reconnu (1) qu'il était impossible de poser une règle en cette matière et qu'il était dès lors inutile de nommer une commission pour étudier cette question. « On ne peut établir de limites fixes à la responsabilité — disait M. Benoît — en principe, l'auteur d'un accident est responsable des *conséquences directes et indirectes* de l'accident ; mais il faut apprécier en fait chaque cas particulier ». « Il serait donc dangereux — ajoutait M. Ch. Constant — de formuler des règles à ce sujet et surtout de les voter. »

Dans sa séance du 14 mars 1898, la Société revint sur la question de savoir si l'auteur d'un accident est ou non responsable de toutes les complications qui suivent cet accident, et M. le Dr Picqué et moi, nous exprimions le regret qu'une commission n'eût pas été nommée dans la séance du 14 février 1898 pour « établir les limites de la responsabilité de l'auteur d'un accident, lorsqu'aux blessures de la victi-

(1) Voir *Bulletin de la Société*, t. XV, p. 179 à 184.

me s'ajoutent des complications dues à une affection constitutionnelle antérieure (1). »

M. le Dr Charpentier insista alors pour qu'une commission fût nommée et M. le Dr Picqué demanda que cette commission « se borne à exposer des faits sans formuler de conclusion. »

C'est dans ces conditions qu'une commission fut nommée. Composée de MM. Briand, Constant, Floquet, Jacomy et Picqué, elle ne s'est jamais réunie ; mais il serait possible, aujourd'hui, en la complétant, de l'inviter à étudier tous les faits analogues qui lui seraient signalés.

M. le PRÉSIDENT propose d'adjoindre à la commission nommée en 1898 M. le professeur Brouardel et M. le docteur Languier et de désigner M. Leredu en remplacement de M. Ch. Constant, qui en fait partie de droit, en qualité de secrétaire général. (*Adopté*).

La note de M. Jablonski et toutes communications analogues seront renvoyées à la commission ainsi composée.

ARRACHEMENT TOTAL DE LA LANGUE PRATIQUE PAR UNE FEMME SUR ELLE-MÊME — GUÉRISON — CONSERVATION DE LA PAROLE

M. le Professeur BROUARDEL fait à la Société la communication suivante :

Il y a quelques années, M. le docteur Gérard-Marchand m'avait remis une pièce anatomique et une aquarelle que je présente à la Société de médecine légale. M. G. Marchand m'avait à diverses reprises promis de me donner l'observation et de me faire voir la victime ; la mort de notre regretté collègue ne me laisse plus l'espoir de pouvoir compléter les renseignements qu'il m'a donnés.

Un sergent de ville amenait, un matin, à la consultation de l'hôpital Tenon, sa femme, et apportait dans un mouchoir la langue de celle-ci.

Il dit au Dr G. Marchand que, en rentrant la veille chez lui, il avait trouvé celle-ci debout, vaquant aux soins du

(1) Voir *Bulletin de la Société*, t. XV, p. 185.

ménage. Elle lui avait raconté que dans la journée elle avait eu une violente crise de nerfs et que, pour faire cesser le sentiment de constriction qui l'étouffait, elle avait plongé sa main jusqu'au fond de la gorge et avait arraché sa langue. Celle-ci était à côté d'elle sur la table.

Cet acte n'avait été suivi que d'une hémorrhagie peu abondante.

M. G. Marchand examina cette femme. Elle était anesthésique, le réflexe de la gorge n'existait pas. La surface de la plaie était rosée. La langue elle-même était coupée par une ligne de section très nette, en arrière des papilles caliciformes, presque au niveau du point qu'atteint le bord supérieur de l'épiglotte relevé, en arrière des amygdales.

Dès ce premier examen, M. G. Marchand constata que cette femme pouvait parfaitement se faire comprendre, que la parole était conservée.

Ce fait fut confirmé dans des examens ultérieurs, la mastication était plus gênée mais encore assez facile.

La guérison fut très rapide. La presque intégrité de la parole persista.

Je n'ai pas trouvé dans la littérature médicale d'autre cas d'arrachement volontaire de la langue ; aussi, malgré les lacunes que j'ai signalées plus haut, j'ai pensé qu'il était intéressant de faire connaître celui-ci.

Nous connaissons les plaies de la langue survenues à la suite de coups de feu, suicide, ou homicide, mais nous ne trouvons de comparable à notre observation que les plaies consécutives à des chutes sur le menton, la langue étant entre les dents, les morsures de la langue par autrui, ou par la personne elle-même pendant la mastication, ou pendant des accès d'épilepsie ou d'éclampsie, mais dans aucun des cas que j'ai relevés il n'y avait un arrachement de la langue aussi complet.

Ce qui frappe dans ces observations, c'est la béli-

gnité, quelquefois absolue, des traumatismes les plus graves de la langue. La guérison est rapide, les accidents infectieux extrêmement rares.

Notons que Maschka signala un fait de Billroth dans lequel la parole fut conservée après une amputation complète de la langue. Ce fait est à rapprocher du cas présent.

Je cite les observations suivantes, se rapportant à des plaies traumatiques de la langue survenues chez des individus non épileptiques.

I. *Chute sur le menton.* — Division transversale de la langue (Branca. *Annale univers. med.*, 1835, Milan). Un enfant de treize mois tomba sur le menton et se coupa la langue avec les dents de telle sorte que cet organe offrait une division transversale complète, occupant les deux tiers de sa largeur, à la distance de six lignes de la pointe. La moitié antérieure de la langue, considérablement tuméfiée, pendait hors de la bouche. Suture. Guérison.

II. *Chute du haut d'une chaise.* — Plaie de la langue (Dr Peltier. *Mouvement medical*, 1890, p. 68). Enfant de deux ans tombant du haut d'une chaise se fit avec les dents une section complète de la langue. Suture. Guérison.

III. *Chute d'un échafaudage.* — Plaie de la langue. (Bérenger-Feraud. *Gaz. des hôp.*, 1870, p. 210). Un maçon tomba à Toulouse, en 1851, d'un échafaudage et se sectionna presque complètement la langue à deux ou trois centimètres de la pointe. Section courbe à convexité antérieure. Suture. Guérison.

IV. *Chute en sautant.* — Division de la langue (Bertrand. *Gaz. des hôp.*, 1863, p. 118). Jeune homme vigoureux, en faisant le saut du tremplin, tombe et se coupe presque entièrement la langue à deux travers de doigt en arrière de son extrémité antérieure. De chaque côté, les deux

portions de la langue qui s'étaient trouvées en dehors des dents avaient été épargnées. Suture. Guérison.

V. *Congestion cérébrale avec perte de connaissance. Section complète de la langue. (Ibid.).* — Une femme âgée de 56 ans fut, pendant son sommeil, prise de congestion cérébrale avec perte de connaissance, abolition du mouvement et de la sensibilité. Les mâchoires étaient en état de constriction extrême, impossible à vaincre. La langue était prise entre les dents à peu près à la réunion de son tiers antérieur avec les deux tiers postérieurs. Section complète, excepté sur les bords. Guérison sans intervention.

VI. *Coup sur le menton. Plaie de la langue. (Ibid.).* — Un jeune homme reçoit sur le menton un coup de tête de cheval. Sa langue, prise entre ses dents, fut coupée transversalement du côté gauche dans l'étendue de six à huit lignes. Suture. Guérison.

VII. *Commotion, section de la langue. (Gant. The Lancet, 1860, I, p. 494).* — Il s'agit d'un jeune homme de vingt ans, qui se trouva, la langue sortie de la bouche par une habitude fâcheuse, derrière une voiture. Celle-ci recula subitement et il en résulta un choc pour le malade, dont la langue fut coupée presque par moitié, par la rencontre des arcades dentaires. Suture. Guérison.

VIII. *Blessure grave de la langue. (Singer. Wiener med. presse, 1878, p. 561).* — Il s'agit d'un cantonnier roumain employé à une ligne de chemin de fer qui se présente chez le Dr Singer dans l'état suivant : bouche remplie de sang ; et en faisant ouvrir celle-ci, on constata que la langue était en lambeaux tuméfiée et parcourue obliquement par de véritables fentes intéressant toute la substance charnue de la langue. Ces fentes étaient au nombre de deux. Elles partaient de la pointe de la langue pour aboutir à sa partie moyenne ; dans leur direction, elles

convergaient vers la base de la langue. Cette disposition faisait que la langue était divisée en trois lambeaux dont le moyen formait une pyramide à sommet dirigé en haut et à la base dirigée en bas ; les lambeaux latéraux affectaient une direction inverse : un quatrième lambeau les réunissait transversalement.

En somme, la langue était divisée en quatre lambeaux, dont les bords portaient les traces d'une plaie par morsure, et aussi par déchirement. Suture. Guérison.

Le Dr Singer explique l'accident arrivé à l'employé de de la manière suivante : Réveillé en sursaut par le passage d'un train, le cantonnier se précipita de sa guérite pour arrêter une charrette qui voulait traverser la voie. Le malade tomba, renversé probablement par la charrette. La langue, prise entre les arcades dentaires pendant la chute, fut mordue obliquement; cette première blessure dut produire une sorte de tétanisation de l'individu ; mais celui-ci n'ayant pas complètement perdu connaissance a dû essayer de dégager sa langue plusieurs fois, d'où de nouvelles morsures et les directions variées de celles-ci.

Quelle que soit la valeur de cette explication, elle semble démontrer, comme notre observation, que la langue éclate et se déchire plutôt à la façon d'un organe tel que le foie ou les reins, qui suivrait le mode de déchirure habituel des muscles.

IX. *Coup sur le menton.* — Section de la langue (Hobbs, *Med. Presse* London 1887, p. 78). Il s'agit d'un laboureur de 23 ans, qui avait pour habitude de sortir la langue en travaillant ; à la suite d'un coup fortuit sur le menton, la langue fut divisée presque en deux moitiés.

X. A côté de ces faits, où l'individu lui-même coupe sa langue avec ses dents, on peut placer celui de Montagne Makuna (*Brit. med. Journ.*, 1890. — *Traité de chir. de Le Dentu et Pierre Delbet*, t. VI, p. 359). Un vieillard, victime

d'une tentative de strangulation, fut serré si fort à la gorge, pendant qu'il était couché dans son lit que sa langue vint faire issue hors de la bouche. L'assaillant, qui était ivre, en profita pour mordre profondément la partie de cet organe qui se montrait au dehors. Il en résulta une blessure à bords déchiquetés et dentelés ayant la forme des arcades dentaires.

XI. Je rappelle seulement en terminant la fréquence de la morsure de la langue dans les accès d'épilepsie et d'eclampsie. Chez une femme atteinte d'eclampsie (Matthai, (Soc. gynéc. et obs., Berlin, 1894), on ne s'aperçut pas de la plaie de la langue, c'est seulement quand, deux jours après l'accouchement, elle sortit d'un état comateux qu'on vit l'extrémité de la langue presque détachée par une profonde morsure. Cette partie de la langue se mortifia et fut éliminée le septième jour.

XII. Le bout de la langue peut être complètement détaché dans une crise d'épilepsie. D'après Clarke (*Diseases of the Tongue*, London, 1873), au musée de King's Collège existe une préparation provenant d'un idiot épileptique de seize ans, qui, dans une grave attaque, se coupa le bout de la langue. Le malade succomba à une septicémie. (Traité de chirurgie, Article de Morestin, t. VI, p. 361.)

J'ai pensé que le fait que je dois à l'obligeance de M. le Dr G. Marchand méritait d'être signalé, surtout parce que, dans des circonstances où l'arrachement de la langue n'aurait pas une cause aussi bien établie, il aurait pu sembler difficile d'admettre qu'une personne pût s'arracher la langue à elle-même.

J'ajoute que pour que cet acte puisse être accompli, il me semble qu'il faut admettre l'existence de deux conditions : l'insensibilité de la région et de la contracture des muscles de la langue. Lorsque la langue est molle, il paraît difficile qu'elle éclate sous la pression des ongles et des doigts, comme cela s'est produit dans notre cas.

Lorsqu'elle est contracturée, le mécanisme de cette rupture semble plus facile à comprendre et se rapprocherait de la théorie de la rupture spontanée des muscles de la vie de relation, telle qu'elle a été établie par Farabeuf.

M. le PRÉSIDENT, remercie M. le professeur Brouardel de sa très intéressante communication, qui sera publiée dans le prochain Bulletin avec les deux planches annexes qui l'accompagnent. Quant au bocal dans lequel la langue est conservée, il sera déposé entre les mains de M. Ogier, pour le Musée de médecine légale.

CHEVEUX NOIRS ET CHEVEUX ROUX,

Communication de M. E. PERRIN DE LA TOUCHE,
Directeur de l'Ecole de Médecine et de Pharmacie de Rennes.

D'après une opinion, sinon populaire, mais qui du moins a été maintes fois émise devant moi, il y aurait une certaine parenté entre les cheveux noirs et les cheveux roux ; en ce sens que des pères et mères à cheveux d'ébène peuvent donner naissance à des enfants « rouges » et que des parents roux peuvent inversement procréer des enfants à chevelure très foncée. On m'a cité de nombreuses observations de ces complètes dissemblances de couleur entre les parents et les enfants ; mais la première catégorie, enfants roux issus de parents noirs, serait de beaucoup la plus fréquente et j'en connais personnellement plusieurs cas.

N'ayant jamais fait aucune recherche bibliographique à ce sujet, je ne sais si cette opinion est répandue en dehors de notre région et ce qu'en pensent les anthropologistes ; ils n'ont certainement pas été sans s'occuper de cette question pleine d'intérêt dans le problème de l'hérédité des caractères physiques.

Dans les très nombreux examens microscopiques de cheveux que j'ai eu l'occasion de pratiquer dans diverses

expertises médico-légales, j'ai trouvé, moi aussi, entre les cheveux noirs et les roux une certaine parenté, mais ici histologique. C'est sur ce fait, que je n'ai vu signalé dans aucun article concernant l'histologie des poils, que je désire appeler aujourd'hui votre attention.

Pour rechercher et comparer utilement les divers caractères microscopiques des poils, il faut les examiner à la lumière du jour, avec des grossissements d'au moins 300 diamètres, après montage dans la glycérine ou dans le baume du Canada, substances qui ne les altèrent pas tout en les rendant transparents ; il est même souvent utile d'augmenter l'intensité de l'éclairage en se servant d'un condensateur. Dans ces conditions, qui favorisent d'autre part l'exécution des mensurations micrométriques, les divers facteurs déterminant la teinte générale des poils deviennent d'une analyse plus facile.

Ne nous occupant pour le moment que de la coloration de certains poils, il est inutile de refaire ici la description histologique complète de ces phanères qui est bien connue. En examinant, comme il est dit ci-dessus, des poils colorés, on voit nettement, ainsi que l'a surtout bien précisé Koelliker, que leur couleur est fournie, non seulement par du pigment à l'état de granulations infiltrant d'une façon plus ou moins confluyente la moelle et l'écorce, mais aussi par un pigment à l'état de dissolution qui teint uniformément les cellules épithéliales intimement soudées qui constituent la substance fondamentale de l'écorce.

Dans les cheveux dont la couleur varie du blond cendré au châtain foncé, la substance fondamentale de la tige n'est que peu ou point imprégnée de matière colorante diffuse et sa teinte, variant du blanc un peu gris au jaune-paille, est toujours de nuance très claire. Au

(1) KOELLIKER. — *Éléments d'histologie humaine*, traduction française de M. Sée, 1868, p. 169.

contraire, dans les cheveux roux et noirs ou bruns très foncés, le tissu fondamental est nettement roux et d'une teinte très sensiblement identique dans les deux cas. Cette coloration plus foncée, jaune rouge, des cellules épithéliales fait naturellement paraître moins noires les granulations de mélanine qui y sont incluses, quand elles sont petites et isolées, ne formant pas d'amas.

Une telle analogie de coloration de la substance fondamentale dans les poils noirs et dans les poils roux prête à diverses considérations. D'abord, les cheveux, noirs peuvent être logiquement considérés comme des cheveux roux extrêmement riches en pigment granuleux, et les cheveux roux, au contraire, comme des cheveux noirs ou bruns à pigment granuleux, toujours le même d'après Carnot (1), mais plus ou moins raréfié suivant la teinte. Mais avant d'accorder à cette proposition, bien qu'elle ait déjà été vérifiée nombre de fois, la valeur d'une loi, il faudrait qu'elle fût étayée sur des examens plus nombreux encore, des chevelures rousses surtout, car je n'ai pu en examiner jusqu'ici qu'un nombre encore restreint et ne comprenant pas tous les termes de la gamme de cette nuance.

Malgré cette restriction, les données précédentes permettent déjà de comprendre facilement le mécanisme de la transformation physiologique ou pathologique des poils noirs en poils roux et inversement. Ce changement de coloration se réduirait en somme à une diminution ou à une augmentation du pigment granuleux, le tissu épithélial qui lui sert de substratum conservant la teinte due au pigment diffus.

Les exemples de ces mutations de couleurs ne sont pas rares. Vous avez certainement remarqué, comme moi, que des poils isolés peuvent devenir tout à fait roux dans la chevelure, mais plus fréquemment encore dans la

I. P. CARNOT. — *Recherches sur le mécanisme de la pigmentation*
Thèse de doctorat ès sciences, Paris, 1896, p. 5).

barbe, d'individus extrêmement noirs. Il est également d'observation courante que chez des personnes qui ont eu les cheveux très roux dans leur enfance et même pendant leur adolescence, ils deviennent bruns, même quelquefois fort foncés, dans l'âge mûr.

Des affections locales ou même générales peuvent, cela est bien connu pour les premières, mais moins pour les secondes, transformer en roux des cheveux noirs. Plus souvent encore, notamment dans les maladies infectieuses, il n'y a pas de décoloration de la partie libre du poil existante au début de l'affection. C'est seulement sa portion nouvelle produite pendant l'état pathologique et après, pendant un temps quelquefois long, qui pousse rousse, et forme, surtout dans les grandes chevelures féminines, un singulier contraste avec la portion ancienne qui a gardé sa nuance foncée. L'aspect est encore plus étrange peut-être quand les bulbes pileux ont recommencé à produire du cheveu ayant la coloration primitive ; car alors, au bout d'un certain temps, il existe une zone rousse plus ou moins haute, suivant la durée de la pousse dépigmentée, située entre les deux régions radiculaires et apicales des cheveux restées brunes ou noires. Chez une femme à chevelure d'un brun très foncé, ayant eu une infection puerpérale d'une intensité moyenne, j'ai pu suivre l'évolution puis la translation progressive d'un anneau roux, de teinte acajou clair, haut d'au moins dix centimètres, qui maintenant, au bout de quatre années, atteint l'extrémité libre des cheveux.

Dans une autre observation, chez une fillette de onze ans, très brune, les cheveux se mirent, au grand désespoir de sa famille, à pousser rouges après une scarlatine très grave, compliquée d'angine infectieuse, ayant mis la vie en danger. Mais l'évolution du phénomène ne put être suivie comme dans le cas précédent, car les cheveux aussitôt rasés repoussèrent alors immédiatement avec leur teinte ancienne.

Après cet exposé, revenant à notre point de départ, c'est-à-dire à l'opinion populaire énoncée au début, il semble légitime de formuler, au moins à titre d'hypothèse, que dans le cheveu, l'un des caractères se transmettant héréditairement avec le plus de régularité, serait la teinte de la substance fondamentale due à la pigmentation diffuse qui paraît plus fixe ; tandis que la pigmentation granuleuse plus contingente présenterait plus facilement des variations dans la descendance comme elle en subit chez l'individu. Mais tandis que les causes de ces variations héréditaires de pigmentation granuleuse atténuée ou exagérée, faisant naître des enfants roux de parents à chevelures foncées et inversement, nous échappent jusqu'ici ; les causes occasionnelles au moins de l'une de ces mutations, sont au contraire faciles à saisir chez l'individu. Quant à la cause efficiente de la raréfaction ou de la disparition du pigment granuleux, elle reside vraisemblablement, comme Metchnikoff (1) l'a démontré pour la canitie, dans des phénomènes de pigmentation.

M. VALLON. — On voit souvent des enfants roux naître de parents dont l'un est brun et l'autre blond.

M. BROUARDEL. — Le professeur Broca a publié un travail sur les variations de la couleur des cheveux dans différentes races qui présente un grand intérêt médico-légal.

M. le SECRÉTAIRE GÉNÉRAL présente dans les termes suivants l'analyse de deux brochures de M. le Dr Senter (Saint-Sever) et d'une observation de M. le Dr Dufour (Marseille), tous deux membres correspondants de la Société :

(1) METCHNIKOFF. — *Sur le blanchiment des cheveux et des poils* (Annales de l'Institut Pasteur, t. XV, 1901, p. 865).

NOTES ET OBSERVATIONS DE MEDECINE LEGALE

Par M. le D^r SENTEX (de Saint-Sever),

Membre correspondant de la Société.

La première des deux brochures que nous a adressées M. le D^r Sentex a été publiée en 1877, elle comprend seize observations relatives à des attentats aux mœurs et à la pudeur, à des avortements et suppressions de parts. La seconde, publiée en 1882, contient quinze observations concernant l'infanticide et se termine par une étude de statistique sur l'infanticide à la Cour d'assises des Landes de 1830 à 1879.

Dans les quatre premières de ces quinze observations (p. 9 à 28), les recherches nécroscopiques ont donné à M. le D^r Sentex la certitude que la mort des enfants nouveau-nés était due à une cause toute naturelle comme la syphilis congénitale de la mère, le vice de conformation du bassin de la mère, la présentation du tronc en position céphalo-iliaque gauche, la version podalique spontanée.

Deux autres observations (p. 29 à 38) sont des exemples d'infanticide par omission : dans le premier cas, le nouveau-né succomba par suite de défaut de soins immédiats ayant produit une hémorrhagie par le cordon ombilical ; le second cas est une mort naturelle par faiblesse congénitale. Cinq autres observations (p. 39 à 69) offrent un spécimen des moyens employés par des mains criminelles pour amener la suffocation, depuis l'occlusion indirecte au moyen d'un corps mou (coussin, matelas, etc) jusqu'à l'occlusion forcée au moyen d'un corps étranger violemment introduit dans la partie supérieure des voies respiratoires. La douzième observation du D^r Sentex est un cas d'infanticide par fractures du crâne et par strangulation ; la treizième relève la perforation et l'écrasement de la tête de l'enfant au moyen d'un pieu ;

les quatorzième et quinzième sont relatives à l'examen de débris d'ossements découverts au domicile de deux femmes accusées d'infanticide.

La variété de ces observations dit assez l'intérêt qui s'attache aux travaux publiés par notre collègue auquel je me suis empressé d'adresser les remerciements de la Société pour son envoi.

UN CAS DE MEURTRE A L'AIDE DE 49 COUPS DE COUTEAU.

*Rapport médico-légal de M. le docteur FRÉDÉRIC DUFOUR,
membre correspondant de la Société à Marseille.*

Ce meurtre a été commis en novembre 1902 et ce n'est qu'au mois d'août 1903 que les meurtriers ont été condamnés par la cour d'assises des Bouches-du-Rhône. M. le Dr Dufour fait remarquer que les observations qu'il a été appelé à présenter dans cette espèce présentaient certaines particularités médico-légales : il y avait, en effet, à rechercher s'il y avait eu un ou plusieurs assassins, si la victime avait lutté et dans quel ordre chronologique les blessures avaient pu être faites.

« Le nombre des blessures (49), leur situation, en des endroits multiples et opposés du corps — dit notre distingué collègue — plaidaient déjà en faveur d'un assassinat commis par plusieurs individus ; mais les dimensions très diverses des plaies (depuis deux jusqu'à huit centimètres de long) établissaient qu'elles avaient été produites par des armes différentes, maniées par des mains différentes.

« De même, en ce qui concernait la possibilité d'une lutte entre la victime et ses agresseurs, il était évident que cette lutte n'avait pas eu lieu ; les ongles ne portaient pas de sang dans leurs rainures ; sur les mains les avant-bras, il n'existait pas de plaies par instru-

ments tranchants ; au contraire, l'on distinguait, au niveau des articulations des poignets, des épaules, des ecchymoses arrondies de la dimension d'une pièce de 0,50 à 1 fr. et paraissant avoir été produites par la pression vigoureuse des doigts. La victime était donc maintenue pendant qu'on la frappait et n'avait pu soutenir la moindre lutte.

« Enfin, était-il possible d'établir un ordre chronologique des blessures constatées ; les blessures du cou notamment avaient-elles précédé ou suivi celles du thorax ?

« Les résultats fournis par l'autopsie ont pu nous donner quelques éclaircissements sur ce point. Nous avons en effet trouvé peu de sang dans les plèvres et surtout dans le péricarde, et ceci nous porte à croire que lorsque les poumons et le cœur ont été perforés ils contenaient une faible quantité de sang. Il était donc vraisemblable d'admettre la production antérieure d'une hémorragie abondante par les vaisseaux du cou déjà ouverts ; de plus, le muscle cardiaque était mou, flasque non contracturé ; or, au cours d'une dizaine d'autopsies où la mort avait été déterminée par une plaie primitive du cœur, nous avons rencontré le muscle cardiaque comme convulsé, tétanisé ; au contraire, lorsque le cœur avait été lésé après l'ouverture de gros vaisseaux, il restait plutôt mou et flaccide. Ce dernier caractère, observé dans la présente autopsie, nous autorisait à supposer les plaies du cou et de la tête comme étant antérieures à celles du thorax ».

Séance du 9 mai 1904.

Présidence de M. MOTET.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté. Se sont excusés de ne pouvoir assister à la présente séance : MM. Danet et Vallon.

M. le professeur Lacassagne (de Lyon), membre honoraire de la Société ; M. le Dr Raynaud (d'Orléans), membre correspondant de la Société, assistaient tous deux à la séance, ainsi que M. le Dr F. Tissot, interne à l'Asile de Villejuif.

A l'occasion du procès-verbal, M. le Dr GRANJUX fait la communication suivante, relative aux suicides par auto-section linguale :

SUICIDE PAR AUTO-SECTION LINGUALE.

M. le professeur Brouardel a communiqué dans la dernière séance l'observation d'une femme qui s'était arraché la langue, avait guéri et conservé la parole. En rapportant ce fait, il s'est exprimé ainsi (1) :

« Nous connaissons les plaies de la langue survenues à la suite de coups de feu, suicide ou homicide, mais nous ne trouvons de comparable à notre observation que les plaies consécutives à des chutes sur le menton, la langue étant entre les dents, les morsures de la langue par autrui, ou par la personne elle-même pendant la mastication, ou pendant des accès d'épilepsie ou d'éclampsie; mais, dans aucun des cas que j'ai relevés, il n'y avait un arrachement de la langue aussi complet. »

A cette liste des conditions dans lesquelles l'amputation de la langue peut être réalisée, on peut ajouter « le suicide par auto-section linguale » en usage en Indo-Chine, ainsi qu'il résulte d'un très intéressant mémoire de M. le médecin-major TALBOT, publié dans le dernier

(1) Voir plus haut, pages 59 et 60.

numéro des *Annales d'Hygiène et de Médecine coloniales*, et qui mérite de vous être signalé.

« Le jaune, dit-il, se suicide dans tous les cas où il croit nécessaire de *sauver la face*. En Annam, l'homme du peuple se suicide surtout en se noyant ; l'immersion représente 80 % des suicides. La strangulation figure dans la proportion de 10 %, mais c'est plutôt l'apanage des classes élevées de la société. Enfin l'auto-section linguale intervient pour 5 à 6 %, et cela dans le cas où l'individu, incarcéré ou étroitement surveillé, ne peut recourir à un autre procédé. C'est ainsi qu'à Monçay en 1890, à Bac-Ninh en 1891, des rebelles pris les armes à la main sectionnèrent leurs langues entre leurs arcades dentaires au cours des questions, dans le but, croyait-on, de se mettre dans l'impossibilité de répondre aux interrogatoires et de dénoncer leurs complices. En réalité, il s'agissait de tentatives de suicide.

Pour réaliser cette auto-section de la langue, l'Annamite s'aide du poing ou du genou. « S'il a la disposition de ses mains, il lance de bas en haut, d'un choc rude, sa main fermée contre la symphyse. Ceux qui ont les mains entravées contractent violemment leur triceps pour lancer leur genou contre le maxillaire inférieur abaissé. »

Si la section complète est réalisée, l'hémorrhagie peut déterminer la mort et M. Talbot en cite un cas non personnel. Dans les faits qu'il a observés, il n'y eut pas mort « peut-être, dit-il, parce que les victimes ont reçu des soins presque immédiats. »

Dans les heures qui suivent la mutilation, les lésions se présentent sous l'aspect d'un moignon volumineux tuméfié et rétracté en arrière du frein. Plus tard, quand l'œdème a diminué, on voit qu'il ne manque à la langue que son cinquième ou sixième antérieur ; la section est oblique d'arrière en avant et de haut en bas ; la muqueuse est le plus souvent découpée en festons et la ligne

irrégulière de l'arcade dentaire supérieure est très nettement marquée sur la muqueuse dorsale.

Quelquefois la section n'est pas complète et un petit pont musculaire relie les deux lambeaux. Si la suture n'est pas pratiquée, le patient présente, au bout de la langue, après guérison, un petit lambeau flottant.

Si la striction a été insuffisante pour sectionner la langue, elle peut déterminer dans cet organe un œdème considérable et capable d'amener l'asphyxie.

Après l'auto-section de la langue, ni la déglutition, ni le langage ne sont troublés. Ceux qui refusent de parler sont des simulateurs.

Ces faits observés en Indo-Chine viennent donc confirmer ces paroles de M. Brouardel, relatives aux faits qu'il a pu assembler :

« Ce qui frappe dans ces observations, c'est la bénignité, quelquefois absolue, des traumatismes les plus graves de la langue. La guérison est rapide, les accidents infectieux extrêmement rares. »

COMMUNICATIONS DIVERSES

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL informe qu'ayant transmis à M. le président Benoît les félicitations de la Société, il a reçu de ce distingué collègue la lettre suivante :

« Très reconnaissant et fier, des félicitations de mes collègues de la Société de Médecine légale, je m'empresse de vous remercier de votre lettre et de vous prier de transmettre à la Société l'expression de mes sentiments les meilleurs et les plus dévoués. »

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL communique une lettre adressée à la Société par la commission d'initiative d'un *Congrès pour la répression de l'exercice illégal de la médecine*, qui se tiendrait à Paris au mois de mai 1905. Le programme de ce Congrès est à l'étude, et M. le Dr Duchesne, président de la commission d'initiative, fait appel au concours de toutes les sociétés médicales pour l'étude des questions si variées que soulève l'exercice illégal de la médecine.

Après un court échange d'observations à l'occasion de cette communication, la Société de médecine légale, « considérant que l'intérêt public est intéressé à la répression de l'exercice illégal de la médecine », décide de déléguer M. G. LEREDU, un de ses membres, pour la représenter au sein de la commission d'initiative dont il s'agit et prendre part à ses travaux.

Cette décision sera transmise officiellement par M. le Secrétaire général, à M. le Dr Ch. Levassort, secrétaire général du Congrès.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL informe la Société que, se conformant à la décision prise dans la dernière séance, il a offert les tomes IX à XVIII du *Bulletin de la Société aux Bibliothèques des facultés et écoles de médecine*. Les Bibliothécaires de Rennes, Toulouse, Grenoble, Dijon, Montpellier, Bordeaux, Marseille, Lyon, Lille, Paris, ont accusé réception de ces envois avec leurs remerciements.

Un envoi de même nature a été fait à la Bibliothèque de l'Ecole de droit de Paris, à celle de la Cour d'appel de Paris et à celle de l'Ordre des avocats près la même Cour.

M. LE PRÉSIDENT annonce que M. G. Baudran (de Beauvais), docteur en pharmacie, secrétaire du Conseil d'hygiène de l'Oise, pose sa candidature au titre de membre correspondant de la Société de médecine légale. D'autre part, M. le Dr Pignat de Bellard, vice-consul de France à la Ceiba (Honduras), pose également sa candidature au titre de membre correspondant étranger.

Ces deux candidatures sont renvoyées à la commission des candidatures de membres, dont M. le Dr Granjux est le correspondant-rapporteur.

ELECTIONS DE MEMBRES CORRESPONDANTS NATIONAUX

Il est procédé à l'élection de membres correspondants nationaux. Sont élus à l'unanimité des suffrages :

1^o *Ressort de la cour de Toulouse* : M. le Dr GUILHEM, professeur à la faculté de médecine de Toulouse et M. le Dr DRESCH, médecin légiste de l'arrondissement de Foix.

2^o *Ressort de la cour de Rouen* : M. le Dr DIDIER, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu de Rouen.

3^o *Ressort de la cour de Dijon* : M. le Dr LAGRANGE, expert du parquet de Chalon-sur-Saône, et M. le Dr QUIOC, professeur suppléant à l'Ecole de médecine de Dijon ;

4^o *Ressort de la cour d'Agen* : MM. les docteurs PUJOS, d'Auch et MIRAN, de Lectoure.

DE LA MORT PAR INHIBITION LARYNGÉE

Par M. le professeur P. BROUARDEL.

M. le professeur P. Brouardel fait à la Société la communication suivante :

Il y a quelques semaines, je me suis trouvé en désaccord avec un de nos plus honorables confrères du Mans, M. le Dr Blaise, médecin expert près le tribunal de cette ville. Avant de discuter devant vous la question scientifique, soumise aux débats, devant le tribunal du Mans, je tiens à répondre à quelques-uns de nos confrères qui dans la Presse médicale ont paru un peu surpris de mon intervention, et se sont demandé quelles étaient les règles qui devraient présider aux rapports des experts de province et des experts qu'ils désignent sous le nom de *professionnels*.

Je n'ai pas la prétention de formuler des règles. Je dirai seulement comment je procède. Je suis très souvent consulté par des avocats de Paris ou de la province qui me signalent les points qui, dans les rapports médico-légaux de nos confrères, leur semblent sujets à contestation. Dans l'immense majorité des cas, je réponds à l'avocat qui me fait l'honneur de me demander mon avis que le rapport et les conclusions de l'expert sont conformes aux données de la science, l'affaire reste entre nous. Personne ne sait que j'ai confirmé les appréciations de l'expert ; mais quand j'estime qu'il y a une erreur, une lacune grave, ou des conclusions trop abso-

lues, je fais un rapport et je le communique au défenseur en le priant de le faire connaître à mon confrère avant les débats. Il est inutile de dire que, quelles que soient les différences qui nous séparent, je témoigne pour lui et ses opinions une parfaite déférence.

Je ne crois pas que cette intervention puisse être critiquée. Quelle que soient mes amitiés personnelles, quel que soit mon désir de ne pas rendre publics les dissentiments scientifiques qui peuvent exister entre médecins, je pense que les codes déontologiques les plus sévères ne condamneront jamais un accusé victime d'une erreur scientifique à accomplir une peine imméritée par une exagération dangereuse des sentiments de confraternité qui nous animent tous.

D'autre part, je ne puis prévoir que les magistrats s'offusquent d'une telle intervention, qui n'a qu'un but : *éviter une erreur judiciaire.*

Un exemple suffit à justifier cette manière de faire. Il y a 3 mois, M. Vibert et moi avons été priés par le juge d'Instruction du Mans, de donner notre avis sur le rapport du médecin légiste de cette ville. Il concluait à un suicide — nous avons conclu à un assassinat. Trois semaines plus tard, un avocat de la même ville me demande mon avis sur les conclusions d'un rapport dressé par le même médecin expert. Celui-ci concluait à une asphyxie par strangulation à la main. Je ne pouvais admettre cette affirmation et pour des raisons que je ferai connaître tout à l'heure, je conclusais à une mort par inhibition laryngée. Devais-je, alors que j'avais, avec M. Vibert, donné un avis aggravant singulièrement la situation d'un accusé, refuser de donner un avis qui avait pour effet de diminuer pour un autre accusé la gravité de l'inculpation ? Je ne l'ai pas pensé : pour moi, le médecin expert doit aider la justice à découvrir la vérité, que son intervention soit favorable ou non à la poursuite ou à la défense. C'est son devoir strict, c'est sa raison d'être.

J'espère que ces explications suffiront, mais si quelqu'un de nos collègues ou de nos confrères pensait qu'un autre procédé serait préférable, je suis préparé à discuter avec lui ses avantages ou ses inconvénients.

J'expose maintenant le fait particulier.

Le 13 février 1904, j'ai été prié par M. G. Moulière, avocat au Mans, de donner mon avis sur les causes de la mort d'Emilienne Meunier.

M^e Moulière m'a remis copie de l'autopsie du cadavre de cette jeune fille, âgée de 20 ans, faite par M. le D^r Blaise, et des déclarations de l'accusé Dézelé :

J'étais, dit celui-ci, à mon établi de cordonnier lorsqu'Emilienne Meunier est arrivée. Elle était très libre avec moi et plaisantait souvent. Ce jour-là, comme elle devait se marier prochainement, elle s'est moquée devant moi de son fiancé. Elle m'a déplu. Je l'ai d'abord priée de se taire. Elle a continué en m'agaçant et en m'empêchant de travailler.

A un moment donné, par un mouvement brusque, je l'ai prise par le cou, j'ai serré un peu, je l'ai secouée, elle est tombée sur la tête à la renverse ; son corps a eu quelques soubresauts : elle était morte. Je n'ai jamais eu l'intention de la tuer et je ne me suis pas rendu compte en la prenant à la gorge du mal que je pouvais lui faire.

Le rapport de M. le D^r Blaise est extrêmement clair et complet, mais je crois que les conclusions que notre confrère a tiré de ses constatations sont trop absolues.

La question qui se pose est celle-ci : la mort est-elle due à une strangulation à la main entraînant l'asphyxie, opération dont la durée est au moins de quelques minutes, 10 ou 15, ou bien la mort a-t-elle été provoquée par une vive excitation de la peau de la région antérieure du cou, ou un serrement brusque du larynx entraînant une mort presque instantanée par inhibition (c'est-à-dire arrêt subit du cœur et de la respiration) ?

M. le D^r Blaise conclut en faveur de la première hypothèse ; en faveur de la seconde, il y a des arguments que je crois devoir exposer.

Lorsque la strangulation est pratiquée à la main, sur un adulte, la victime se défend, se débat, elle crie, à moins qu'elle n'ait été mise dans l'impossibilité de remuer par une violence antérieure déterminant une commotion cérébrale qui annihile ses moyens de défense. Aussi les lésions sont beaucoup plus nombreuses que dans la strangulation à la corde.

« Cela tient à la manière même dont les choses se passent. Sauf le cas de faiblesse excessive de la victime, comme lorsqu'il s'agit d'un enfant, sauf encore le cas où la victime succombe brusquement dès la première étreinte, par inhibition, la scène dure quelquefois 10 et même 12 minutes. Il est impossible de garder la main à la même place pendant un temps si long, elle se déplace constamment, elle ne reste pas appliquée sur le larynx, elle comprime en outre les parties latérales du cou, sur lesquelles les doigts, les ongles, s'impriment. Ces lésions siègent surtout à la région sus-hyoïdienne, au niveau du larynx, sur la face, près du nez, autour de la bouche. Elles sont en général très nombreuses, il n'est pas rare d'en compter une soixantaine » (1).

Dans le tissu cellulaire du cou on trouve des suffusions sanguines plus ou moins abondantes.

En même temps, pendant la lutte, les vêtements sont déchirés.

Dans le cas qui nous occupe, la strangulation n'aurait été précédée d'aucune violence qui aurait annihilé les moyens de défense de la victime ; la bosse sanguine siégeant en arrière du crâne a pour cause une chute sur le dos, elle est contemporaine de l'événement.

La victime aurait donc pu se défendre. Or, on ne relève aucune trace de lutte ni sur le corps ni sur les vêtements. M. le Dr Blaise le dit très explicitement.

(1) BROUARDEL, — « La Strangulation » p. 210, 1897. Voyez aussi les observations 17 à 29, p. 286 à 366 du même ouvrage, et les observations 1 à 11 : « La strangulation », Tardieu, 1870.

Je dois faire remarquer qu'il n'est pas facile, je dirai presque qu'il n'est pas possible de maintenir sa main pendant cinq, dix minutes sur le cou d'une personne en possession de ses facultés, à qui il suffit de plier la tête sur le cou, de faire un mouvement de rotation pour forcer les mains du meurtrier à se déplacer. De plus la victime crie, c'est pour cela que dans presque tous les cas (excepté ceux où la victime était assommée par un coup antérieur), le meurtrier applique une de ses mains sur la bouche et le nez et y laisse les traces de ses ongles.

L'examen des organes internes démontre-t-il que la mort est due à une asphyxie ? M. le Dr Blaise invoque en faveur de cette opinion le champignon d'écume blanche qui sortait de la bouche, au moment de l'autopsie, la congestion des poumons, du cerveau, les ecchymoses sous-pleurales, les plaques d'emphysème pulmonaire, l'absence de caillots dans le cœur.

Grâce au soin avec lequel a été faite l'autopsie, je note que déjà, au moment de l'autopsie, les lividités cadavériques étaient accentuées au niveau du dos et de toutes les parties déclives du corps, que l'hypostase des poumons était très prononcée. Ces deux constatations montrent qu'au moment de l'autopsie il y avait déjà commencement de décomposition. M. Duclaux a démontré que, dès les premiers moments de la mort, la fermentation des matières contenues dans l'intestin provoque la formation de gaz. Ceux-ci repoussent le diaphragme, celui-ci comprime les poumons, fait refluer les mucosités contenues dans les bronches, hors de la bouche, et refoule le sang contenu dans les vaisseaux pulmonaires dans les diverses parties du corps et dans les viscères, foie, rate, cerveau. Ces phénomènes s'observent bien souvent chez les personnes qui ont succombé dans leur lit en dehors de toute suspicion possible de crime ; il n'y a pas de conférence de médecine légale (à la Morgue) où je ne

montre à mes élèves les effets de cette *circulation posthume*.

Les ecchymoses ponctuées constatées, sur les plèvres, n'ont pas une grande valeur. Tardieu dit même qu'elles n'existent pas dans la strangulation. Il cite pourtant un cas, Ob. XII, où il en a trouvé sur un nouveau-né (strangulation et suffocation); on les observe non pas seulement quand il y a eu asphyxie, mais dans les cas de mort brusque, chute d'un lieu élevé, et chez tous les enfants qui ont été extraits du sein de la mère par le forceps (Tarnier, Pinard). Les expériences que nous avons faites avec M. Descoust, celles de Laborde, montrent qu'elles paraissent tout à coup, lorsqu'on provoque un spasme vasculaire brusque, surtout si on agit sur les origines du nerf pneumo-gastrique, sur ce nerf lui-même ou sur une de ses branches.

En résumé, les lésions extérieures notées sur le cadavre de la fille Meunier ne présentent aucune analogie avec celles qui ont été notées dans les cas d'asphyxie par strangulation à la main que nous avons vues, (nous en avons publié 12), ni avec les onze publiées par Tardieu.

Les lésions des viscères sont en partie le fait du commencement de la décomposition; elles ne suffisent pas à elles seules à démontrer que la fille Meunier a succombé par asphyxie. Il est bon de noter que cette jeune fille était enrhumée.

Les lésions constatées sont-elles plus en harmonie avec l'hypothèse d'une mort survenue par inhibition (arrêt subit des mouvements du cœur et de la respiration) ?

On sait, en médecine légale, pas depuis très longtemps pourtant, que des coups, même peu violents, portés sur certaines parties du corps peuvent déterminer une mort instantanée.

Je vous citerai à ce propos un exemple bien typique. Un prêtre, dont la conduite laissait à désirer, est obligé de renvoyer sa maîtresse du presbytère.

« La journée avait été assez triste, dit l'abbé Delacollonge, tout était préparé pour son départ; j'avais le cœur navré d'amertume et je lui dis « Nous serions plus heureux si nous étions morts ! Oui, répondit-elle, si nous mourrions ensemble ». Je lui dis alors en plaisantant, car je ne puis trouver d'autres expressions pour exprimer ce moment : Veux-tu que j'essaye si je te ferais bien mal ? — Essaye, reprit-elle. — « Nous étions debout. Je la pris par le cou, c'était de ma part un jeu innocent, elle-même s'y prêtait le sourire sur les lèvres. Tout à coup elle fit un signe de douleur, agita les mains, mais sans pousser un seul cri ; je cessai alors la pression et elle tomba. Je la relevai et elle était morte ».

Les médecins légistes n'acceptèrent ni ne rejetèrent complètement cette hypothèse. Ils parlèrent d'asphyxie, de syncope, etc.

Pendant l'audience (1), un ancien officier, M. Bouré, fit la déclaration suivante : « Nous étions à Tarbes en garnison. Parmi nous se trouvaient les capitaines Lalande et Surugues. En plaisantant dans un moment d'amicale gaieté, le capitaine Lalande prit le capitaine Surugues par le cou. Oh ! vieux, lui dit-il, que je vous fasse passer le goût du pain ! C'était un jeu d'amis, le capitaine Surugues chancela cependant et tomba sans connaissance. Bientôt, grâce à nos soins, il revint à la vie, etc. ».

Les parties du corps humain dont la contusion peut provoquer la mort subite sont les régions laryngée et épigastrique, les organes génitaux, les narines ; l'irritation même de ces régions suffit parfois à déterminer une catastrophe ; sous le règne de Louis-Philippe, un médecin danois prétendait guérir ou du moins arrêter les accès d'asthme en cautérisant le pharynx avec l'ammoniaque. Il avait acquis un certain renom et la sœur du roi voulut se soumettre à son traitement : sur ces entrefaites, une dame d'honneur, asthmatique également, mourut subitement au moment où le médecin lui touchait le pharynx avec l'ammoniaque. Il ne fut plus dès lors question du médecin danois, ni de ses cures merveilleuses.

Il faut, par conséquent, que nous sachions, en médecine légale, que des violences ou une irritation peu intenses en apparence de certaines régions du corps peuvent déterminer la mort subite.

Comment expliquer ces morts subites ? Autrefois on disait que l'individu était mort à la suite d'une syncope. M. Brown-Séquard, qui a très bien étudié toutes ces questions, dit : « Cet individu est mort d'*inhibition* ». Qu'est-ce que l'*inhibition*, messieurs ? C'est là un terme que vous entendez souvent répéter dans les discussions scientifiques ; peut-être ne vous rendez-vous pas un compte exact de son sens et de sa valeur.

(1) Cour d'Assises de la Côte-D'Or, 1^{er} mars 1832.

P. BROUARDEL. — « La mort et la mort subite », 1895, p. 6 et suiv.

Vos études physiologiques vous ont appris que presque tous les actes accomplis dans la vie sont des actes nerveux réflexes. Une excitation périphérique, se propageant à travers tout le système, provoquera des actes réflexes qui eux-mêmes donneront naissance à des mouvements. L'éternuement est le type du mouvement réflexe ; l'irritation d'un très petit point de la muqueuse nasale est transmise au centre réflexe correspondant ; celui-ci transmet à d'autres centres l'excitation qu'il vient de recevoir ; immédiatement un certain nombre d'organes réagissent et vous avez alors ces troubles inspiratoires et expiratoires, ces mouvements du visage, des épaules, des bras, de la poitrine, cet écoulement de larmes, ce flux de mucus nasal, tout cet ensemble de phénomènes en un mot qui constituent l'éternuement.

Eh bien ! messieurs, supposez que, sous l'influence d'une excitation physique ou morale violente, les mouvements réflexes, au lieu de se produire, s'arrêtent ; supposez que le centre excité paralyse l'action des autres centres qui, eux, sont déjà en activité ; cette paralysie, c'est l'*inhibition*. Lorsqu'on excite le nerf pneumogastrique, le cœur s'arrête ; lorsqu'on excite la moelle cervico-dorsale, l'estomac ne fonctionne plus ; l'irritation du bulbe, celle du pneumo-gastrique *inhibe* le cœur ; l'excitation d'une certaine région de la moelle *inhibe* l'estomac.

Les centres réflexes peuvent par conséquent agir les uns sur les autres, soit pour s'exciter, soit pour s'inhiber ; aussi pouvons-nous définir maintenant l'inhibition l'arrêt d'une fonction provoqué à distance par une excitation du système nerveux. Si cette excitation est suffisamment intense, les fonctions peuvent disparaître sans retour, et si ce sont des fonctions nécessaires à la vie, la mort en sera la conséquence.

Voici quelques exemples de mort subite survenue après une violence légère de la *région laryngée*, car depuis l'affaire Delacolongue les exemples se sont multipliés. Tardieu raconte le cas d'une vieille femme qui vendait du tabac à priser à un petit gamin ; pendant qu'il attendait son cornet de tabac, ce gamin, intrigué de voir la pomme d'Adam de la vieille marchande remuer dans son cou, donne, comme s'il voulait attraper un papillon, un coup sur le larynx de la débitante : cette femme meurt instantanément.

Maschka cite l'histoire d'une petite fille qui jouait avec des camarades dans la rue et qui, recevant une pierre sur la région laryngée, mourut subitement. A l'autopsie, on ne trouva aucune trace du coup.

Taylor rapporte le cas d'une femme âgée qui fut étranglée dans son magasin par un apprenti dans un temps si court et si silencieusement que son mari qui n'était séparé d'elle que par une mince cloison n'entendit ni bruit ni désordre pendant que le meurtre s'accomplissait.

On a opposé aux médecins légistes qui s'appuient sur ces faits

d'inhibition les cas nombreux, où des individus ne sont pas morts après avoir subi des violences considérables sur la région laryngée, après avoir échappé à des tentatives de strangulation, par exemple. Nous ne connaissons pas encore complètement le mécanisme de ces faits, mais nous savons qu'ils existent : aussi lorsqu'on vous demandera, au tribunal, s'il est possible qu'une personne placée dans les conditions que nous venons d'examiner meure, vous répondrez : « Cela est possible ».

J'ai reproduit ces passages d'un livre écrit il y a neuf ans parce qu'ils me semblent être applicables au cas actuel.

D'ailleurs, avant que Brown-Séguard eut établi la théorie de l'inhibition, Cl. Bernard, Rosenthal, Paul Bert, avaient signalé l'arrêt du cœur à la suite de l'excitation des nerfs laryngés supérieurs. Hofmann avait fait l'expérience suivante : il trachéotomisait un chien, le laissait reposer après l'opération, puis il exerçait une forte pression sur le larynx de l'animal, celui-ci mourait subitement.

Sur le cadavre de la jeune Meunier, en dehors de la suffusion sanguine de la partie postérieure de la tête due à une chute, d'une petite écorchure sur le côté droit du nez, d'un léger déchaussement de l'extrémité de l'ongle du médius de la main droite, on ne trouve aucune trace de violences que les érosions de la partie antérieure du cou.

M. le Dr Blaise les décrit ainsi : « Au niveau de l'os hyoïde, on voit un certain nombre de petites plaies superficielles situées des deux côtés de la ligne médiane du cou dont deux à gauche et six à droite ; quelques-unes de ces dernières couvertes d'une croûte noirâtre provenant de sang desséché. »

« La dissection du cou permet de constater que les petites plaies que nous avons signalées des deux côtés du cou sont très superficielles. Il n'existe aucune suffusion sanguine dans l'épaisseur de la peau, pas plus qu'on ne trouve d'ecchymose dans le tissu cellulaire sous-cutané ni d'épanchement de sang dans les parties molles et dans

les gaines des vaisseaux. Les muscles n'ont pas été meurtris et les cartilages du larynx et l'os hyoïde ne présentent pas de traces de fracture. »

Il est donc évident que la violence résultant de la pression des doigts n'a pas été forte, que l'effort n'a pas été prolongé. On ne trouve ni sur le cou, ni sur le visage, ni sur les autres parties du corps, ni dans les tissus du cou, les traces des violences que l'on note toujours lorsque la mort est déterminée par une strangulation à la main qui n'aboutit à une asphyxie mortelle qu'au bout de quelques minutes.

Je suis donc d'accord avec le D^r Blaise lorsqu'il dit : « Il (le meurtrier) a exercé une pression relativement faible puisqu'il n'a produit ni ecchymoses sous-cutanées ni lésions des muscles ou du larynx »

M. le D^r Blaise conclut des deux empreintes du pouce à gauche du larynx « que le drame s'est accompli pour ainsi dire en deux actes ». Je suis du même avis que M. le D^r Blaise : il y a deux actes, mais je ne crois pas avec lui qu'ils aient été séparés par un temps appréciable.

Le peu d'espace qui sépare les empreintes semble au contraire indiquer que l'accusé a brusquement porté la main sur le cou de la victime et a serré le larynx à deux reprises, sans que la main se soit pour ainsi dire déplacée, et dans un temps extrêmement court, quelques secondes.

La congestion des poumons existe d'ailleurs dans les cas de mort par inhibition ; M. Vibert a même trouvé plusieurs foyers (infarctus) hémorragiques dans les poumons (Vibert, *Médecine légale*, 6^e édition, p. 174). Maschka dans un cas semblable (1) dit : « La substance des poumons, surtout celle des lobes inférieurs, est remplie d'un serum écumeux sanguinolent.

« La muqueuse du larynx, de la trachée, des bronches est légèrement colorée en rouge rosé ; on trouve dans

(1) BROUARDEL. — *La mort subite*, p. 353.

les bronches un mucus visqueux gris, blanchâtre, etc. »

En résumé, des caractères relevés avec grand soin par le docteur Blaise, je crois pouvoir conclure :

1° Le cadavre d'Emilienne Meunier ne présente pas les lésions que l'on trouve dans la strangulation à la main déterminant la mort par asphyxie.

Dans ce dernier cas, les lésions sont beaucoup plus nombreuses, réparties sur divers régions, notamment la face, elles sont beaucoup plus profondes. Enfin lorsqu'il n'y a pas trace de lutte, l'acte de la strangulation est précédé par une violence qui met la victime hors d'état de se défendre ; on n'a pas trouvé trace de cette violence antérieure.

2° Les lésions de la peau de la région antérieure du cou sont, comme l'a dit M. le D^r Blaise, le résultat « d'une pression relativement faible puisqu'il n'y a ni ecchymoses sous-cutanées, ni lésions des muscles ou du larynx ».

C'est dans ces conditions de violences légères que sont survenus les accidents mortels dont j'ai rapporté plus haut quelques exemples.

La mort, dans ces cas, survient par arrêt brusque des mouvements du cœur et de la respiration (inhibition).

Dans les exemples cités plus haut, il n'y avait, comme dans ce cas, aucune trace de violences dénotant une lutte.

Je conclus donc que la mort d'Emilienne Meunier est la conséquence d'une excitation brusque de la peau de la région laryngienne du cou.

L'arrêt du cœur a dû être presque instantané et le drame lui-même a vraisemblablement eu moins d'une minute de durée.

Dans son interrogatoire, Dezele a fait au président des assises les réponses suivantes (*La Sarthe*, 17 mars 1904).

Le « malheur », il l'a, avec quelques variations, raconté ainsi, au cours de l'instruction, dans les interrogatoires qu'il a subis après ses aveux.

Emilienne m'a montré une lettre qu'elle avait reçue le matin de son fiancé, M. Raymond Floux... Elle m'a dit que celui-ci lui annonçait son arrivée et qu'il attendait une réponse.

Puis elle se mit à rire, en disant qu'elle ne lui répondrait pas et qu'il pourrait bien venir quand il voudrait.

Je lui ai fait des reproches, lui disant :

« Alors, vous vous fichez de lui ; eh bien ? moi, si j'étais à sa place, je vous promets que je ne viendrais pas du tout. »

Elle riait toujours en disant : « Ah ! il peut faire tout ce qu'il voudra. »

Je lui dis : « Vous n'aimez personne, vous avez déjà rompu plusieurs fois vos relations dans les mêmes conditions.. Vous vous moquez de celui-là comme des autres. Vraiment, ce n'est pas la peine qu'il se dérange de si loin pour vous voir. »

Elle était accoudée sur ma table, et elle me regardait en riant toujours.

Ça me fâcha. Je l'ai traitée de « sans cœur » lui disant qu'elle ne méritait pas d'être aimée.

En disant cela, j'ai eu un mouvement de vivacité ; j'étais assis, tenant mon ouvrage de la main droite. De la main gauche j'ai pressé Emilienne par le cou pour la repousser. Elle est tombée à la renverse, s'est débattue un peu et n'a plus bougé.

J'avais très peu serré Emilienne, mais je l'avais secouée un peu et il est possible que ma main ait glissé sur son cou et y ait laissé deux marques, mais je ne l'ai pas serrée deux fois.

A l'audience, Dézelé modifie quelque peu son récit :

— Emilienne, dit-il, me cherchait querelle, elle me gênait et m'empêchait de travailler, c'est pour cela que je l'ai repoussée un peu brutalement au cours de la discussion que nous avions ensemble...

D. — Mais vous n'avez jamais parlé de discussion : vous avez toujours dit qu'elle était très gaie, qu'elle ne cessait de rire aux éclats, en réponse aux reproches que vous lui adressiez.

R. — Eh bien oui, mais ces reproches ont fini par me mettre en colère.

D. — Vous changez en ce moment de système, parce que vous avez probablement compris que le motif que vous aviez donné à votre acte de vivacité était inacceptable. Car, enfin, que pouvaient vous faire les sentiments d'Emilienne à l'égard de son fiancé.

R. — Si elle ne m'avait pas taquiné et gêné dans mon travail, je ne lui aurais pas serré le cou. (*Rumeurs.*)

D. — Est-ce que c'est cette explication que le soir vous avez donnée à votre femme.

R. — Je ne voulais pas parler de cela à ma femme.

D. — Mais vous avez bien été obligé de lui en parler le soir .. Eh bien ! en ce moment, lui avez-vous dit que c'était parce qu'E-

millienne s'était fâchée, ou vous taquinait dans votre travail, que vous lui avez serré le cou ?

R. — Oui, je lui ai dit.

D. — Votre femme a déclaré que vous lui avez dit tout simplement. « J'ai tué Emilienne, parce qu'elle m'avait déplu. »

R. — Je lui ai dit qu'elle m'avait déplu en me taquinant, en m'empêchant de travailler.

D. — Enfin, ce n'était pas une raison pour la tuer.

R. — Je n'ai certainement pas voulu la tuer. Je l'ai repoussée d'un mouvement brusque et maladroit, mais je ne voulais pas lui faire de mal.

D. — Je tiens à déclarer à MM. les jurés que, dans une certaine mesure, un rapport dressé par M. le docteur Brouardel, et remis au Parquet par votre honorable défenseur, semble donner quelque vraisemblance à votre système de défense... Mais je dois dire aussi que tel n'était pas du tout l'avis de M. le docteur Blaise qui a fait l'autopsie.

En tous cas M. le docteur Brouardel, comme M. le Docteur Blaise, sont d'accord sur un point, c'est que vous avez serré la jeune fille deux fois à la gorge...

Seulement, suivant M. Brouardel, les deux pressions se seraient succédées très rapidement, tandis que d'après M. Blaise, la scène aurait duré cinq ou six minutes, et qu'entre les deux pressions la jeune fille serait tombée sur le sol...

Vous vous seriez donc, en ce cas, jeté sur elle pour l'achever.

R. — Quand elle a été à terre, je ne l'ai plus touchée.

D. — Cependant, dans un de vos interrogatoires, vous avez dit : « J'ai poussé Emilienne qui est tombée ; je l'ai alors saisie à la gorge. » Cela voulait bien dire que vous l'aviez saisie à la gorge quand elle était à terre.

R. — Le juge d'instruction s'est trompé.

D. — C'est de la main gauche que vous l'avez prise à la gorge.

R. (*Vivement*). — Je vous ferai remarquer que je ne suis pas gaucher.

D. — Je ne dis pas que vous soyez gaucher, mais comme tous les cordonniers vous avez l'habitude de vous servir également de vos deux mains.

Avez-vous serré fort ?

R. — Il a bien fallu que je serre puisqu'elle est morte. (*Mouvement.*)

D. — Dans votre premier interrogatoire, après vos aveux, vous avez dit que vous aviez serré faiblement, puis dans un autre, « que vous aviez peut-être serré plus fort que vous ne l'aviez dit la première fois. »

R. — Cela c'est passé si vite que je n'ai pas eu le temps de me rendre compte de ce qui s'est passé.

D. — Combien de temps a duré la pression ?

R. — Une seconde ou deux.

D. — Si vous n'aviez pas l'intention de la tuer, pourquoi la seriez-vous à la gorge ?

R. — Parce qu'elle m'agaçait dans mon travail.

D. — Emilienne s'est-elle débattue quand elle a été à terre ?

R. — Non.

D. — C'est ce que vous avez dit dans un de vos interrogatoires. Mais dans un autre vous avez dit qu'elle avait un peu bougé.

R. — J'étais tellement saisi que je ne sais ce qui s'est passé (1).

A l'audience, M. le docteur Blaise maintint ses conclusions ; j'exposais les raisons qui me faisaient écarter l'hypothèse de la mort par asphyxie conséquence de la strangulation à la main.

Les objections que M. le D^r Blaise opposait à la mort rapide presque instantanée avaient pour point de départ cette conviction que la congestion pulmonaire, la présence d'un paquet de mousse sur la bouche et le nez (17 heures après la mort) les ecchymoses sous-pleurales, les plaques d'emphysème sous-pleural prouvaient que la victime avait fait pour lutter contre l'asphyxie des efforts violents.

Je dois discuter successivement chacune de ces objections.

1^o L'absence de lésions profondes d'ecchymoses, ou de suffusions sanguines dans le tissu cellulaire du cou prouve

(1) Après la discussion médico-légale et avant de continuer l'audition des témoins, M. le procureur de la République dit qu'en présence des déclarations de M. le docteur Brouardel, il demande à la Cour de poser la question subsidiaire de coups et blessures volontaires ayant occasionné la mort sans intention de la donner.

M^r Moulière dépose immédiatement des conclusions tendant à ajouter aux questions celle d'homicide par imprudence.

La Cour se réserve de statuer à la fin des débats sur les conclusions du défenseur.

Le jury se retire pour délibérer et revient au bout d'une heure, avec un verdict négatif sur la question de meurtre, affirmatif sur la question de coups et blessures ayant entraîné la mort sans l'intention de la donner.

Des circonstances atténuantes sont accordées à l'accusé que la Cour condamne à 3 ans de prison.

que la lutte n'a été ni violente, ni prolongée. Il en est de même de l'absence d'érosions, de coups d'ongle, sur le cou et sur le visage.

2° La congestion pulmonaire même intense se produit dans la mort par inhibition laryngée. J'avais déjà rappelé à l'audience les constatations faites par Maschka dans un cas semblable (1). Dans une lutte, un individu poussa son adversaire de façon que la partie droite de son cou vint butter sur le bord d'un banc. Celui-ci tomba à terre et expira en quelques secondes. Maschka décrit ainsi l'état des poumons : « Les poumons sont assez distendus, le droit est adhérent par sa partie postérieure, le gauche est libre de toute adhérence. La substance des poumons, surtout celle des lobes inférieurs, est remplie d'un sérum écumeux, sanguinolent. La muqueuse du larynx, de la trachée, des bronches est légèrement colorée en rouge rosé. On trouve dans les bronches un mucus visqueux, gris, blanchâtre. »

Depuis la séance de la cour d'assises du Mans (17 mars), j'ai eu l'occasion, le 23 mars, de vérifier l'exactitude de ma proposition.

Le 20 mars, un infirmier de l'asile de Villejuif fut tué par un aliéné, M. Socquet fut chargé de l'expertise médico-légale.

M. le Dr Pactet, médecin du service, voulut bien lui fournir les renseignements suivants :

« Le 20 mars, une altercation se produisit entre deux malades de l'un des dortoirs du quartier d'aliénés. Il était environ 8 h. 10 du soir. Le veilleur Cahuzac intervint pour rétablir l'ordre et menaça le malade de le mettre dans une chambre d'isolement s'il continuait à faire du bruit.

« Le malade avait dû déjà, à deux ou trois reprises,

(1) C. V. MASCHKA. — *Vierteljahrsch. f. ger. Medecin*, 1888, t. XXXVI, p. 203. — L. BROUARDEL. — « La mort subite », p. 352.

être isolé la nuit pendant quelques heures, en raison du trouble qu'il causait dans le dortoir.

« Lorsque l'infirmier lui parla de l'isoler de nouveau, il se leva, en disant : « Cette fois-ci je vais me défendre » ; il se jeta sur lui, le saisissant à la gorge, de la main droite, tandis qu'il le tenait embrassé, au niveau de la région lombaire, du bras gauche.

« L'infirmier cria « au secours » et un malade du dortoir courut aussitôt à son aide. A ce moment, Cahuzac et Péquillet tombaient à terre. Le malade dégagea aussitôt Cahuzac de l'étreinte de son agresseur. Cahuzac aurait alors, au dire du malade, esquissé un mouvement comme pour se relever et serait retombé aussitôt la face contre le parquet.

« La lutte entre Cahuzac et Péquillet, n'aurait pas duré plus d'une minute. Le malade qui a porté secours au veilleur et qui peut être cru, en raison de l'état de son intelligence, est très affirmatif sur ce point et n'a jamais varié dans ses déclarations.

« Vous voyez donc que la lutte a été excessivement courte et que la mort fut pour ainsi dire instantanée.

« La victime reçut sans retard tous les soins nécessaires (injections d'éther, inhalations d'oxygène, respiration artificielle, tractions rythmées de la langue pendant 2 h. 1/2, électrisation) mais ne put être rappelée à la vie. »

M. le Dr Socquet fut chargé de faire l'autopsie. Celle-ci fut faite le 23 mars à la conférence de la morgue devant les élèves. Voici le rapport d'autopsie :

« Le cadavre est celui d'un homme âgé de 38 ans, grand, bien constitué, paraissant vigoureux. La rigidité cadavérique a complètement disparu et la putréfaction n'est pas commencée.

« A l'orifice des fosses nasales et sur la bouche se trouve un champignon de mousse blanche finement aérée. Sur

le menton on constate la présence d'un pointillé hémorragique très net. Pas d'ecchymoses sous-conjonctivales.

« Au niveau de la queue du sourcil droit, se trouve une petite plaie contuse, de deux centimètres de longueur, doublée d'une légère suffusion sanguine.

« Au niveau des coudes on note une petite ecchymose doublée d'un épanchement sanguin. Suffusion sanguine au niveau des omoplates et de la région lombaire gauche.

« *Ouverture du corps.* — Il n'y a pas d'épanchement sanguin sous le cuir chevelu. Les os du crâne ne sont pas fracturés ; les méninges ne sont pas congestionnées ; le cerveau, le bulbe et le cervelet sont sains ; ils ne présentent aucune lésion, ni tumeur.

« La trachée renferme une assez grande quantité de spume bronchique finement aérée. Il n'y a pas de fracture du cartilage thyroïde.

« Le poumon droit présente de nombreuses adhérences dans presque toute sa hauteur.

« Le poumon gauche n'est pas adhérent et ne présente pas d'ecchymoses sous-pleurales. Les poumons ne contiennent pas de tubercules ; *ils sont extrêmement congestionnés*, mais les fragments surnagent.

« Il n'y a pas d'ecchymose prévertébrale, ni de suffusion sanguine le long de la gaine des gros vaisseaux du cou. Sur le muscle grand droit antérieur se trouve une petite suffusion sanguine de 1 centimètre de longueur.

« Le cœur est un peu gros et présente quelques petites ecchymoses sous-péricardiques. Les cavités du cœur renferment un peu de sang liquide mais pas de caillots. Les valvules sont saines. A un centimètre au-dessus d'une valvule sigmoïde de l'aorte, près de l'origine de l'artère coronaire droite, se trouve une petite plaque athéromateuse.

« Le foie est un peu gros et présente de nombreuses adhérences avec la face inférieure du diaphragme (périhépatite ancienne).

« L'estomac renferme quelques débris de matières alimentaires parmi lesquelles se trouvent des fragments de haricots blancs. Sa muqueuse est saine.

« La rate n'est pas diffluente.

« Les reins sont sains, ils se décortiquent facilement et la substance corticale n'est pas atrophiée.

« Il n'y a pas d'épanchement à l'intérieur de la cavité abdominale. Les intestins paraissent sains.

« La vessie renferme quelques centimètres cubes d'urines, sa muqueuse est saine.

« Les testicules sont sains.

« Des renseignements qui nous ont été fournis, il résulte qu'à la suite d'une altercation, l'inculpé se jeta sur Cahuzac, le saisissant à la gorge de la main droite, tandis qu'il le tenait embrassé au niveau de la région lombaire, du bras gauche. Cahuzac cria au secours et un malade du dortoir courut aussitôt à son aide ; à ce moment, Cahuzac et l'inculpé tombaient à terre. Le malade dégagait aussitôt Cahuzac de l'étreinte de son agresseur et, esquissant un mouvement comme pour se relever, il serait retombé aussitôt la face contre le parquet. La lutte n'aurait pas duré plus d'une minute.

« *Conclusions.* — 1° L'absence de lésions viscérales, d'une part, et la nature des violences qu'auraient subies Cahuzac, d'autre part, doivent faire admettre que la mort a été le résultat d'une inhibition d'origine laryngée.

« 2° Les contusions ecchymotiques constatées sur la face postérieure du corps et la plaie contuse du sourcil droit peuvent être la conséquence de la chute du corps sur le sol. »

L'infirmier tombe à la renverse sur le bord du lit, se fait dans sa chute quelques légères suffusions sanguines sous-cutanées au niveau des deux omoplates ; les personnes présentes se précipitent sur l'aliéné, lui font lâcher

prise, l'infirmier était mort. Or c'était un homme grand, très bien musclé, âgé de 38 ans. La scène, au dire des témoins, n'a pas duré une minute. La mort avait été presque instantanée.

Il n'y avait aucune trace de violence sur la peau du cou, ni ecchymoses, ni érosion, ni lésion des parties profondes. Les cartilages du larynx n'étaient pas fracturés.

Lorsque l'on apporta le cadavre à la Morgue, la bouche et le nez étaient couverts par un volumineux champignon de mousse blanc rosé.

Ainsi donc, une congestion pulmonaire intense peut être la conséquence d'une mort par inhibition laryngée, et dans les heures qui suivent il peut se produire sur les orifices respiratoires, nez et lèvres, un volumineux champignon de mousse.

Nous verrons plus loin quelle explication peut être donnée de cette congestion pour ainsi dire instantanée.

2° Notre confrère invoque la présence d'ecchymoses sous-pleurales à l'appui de l'interprétation qu'il donne de la mort de la victime par asphyxie provoquée par la strangulation à la main.

M. le D^r Blaise n'est d'accord sur ce point avec aucun auteur. Tardieu regardait ces ecchymoses comme caractéristiques de la mort par suffocation et déclarait qu'elles n'existaient pas dans la strangulation. Il en rapporte pourtant lui-même un cas. (Obs. xii de son étude sur la pendaison, etc.). Il s'agissait d'un infanticide par strangulation et suffocation.

Depuis lors, les médecins légistes français et étrangers ont tous cité des observations dans lesquelles les ecchymoses sous-pleurales s'étaient montrées dans un nombre considérable de morts accidentelles ou étaient survenues après des maladies diverses. En 1877, dans un rapport présenté à la Société de médecine légale, Legroux avait noté les ecchymoses sous-pleurales chez

les sujets morts naturellement à la suite de maladies convulsives, épilepsie, tétanos, éclampsie ; à la suite de lésions cérébrales, hémorrhagie, à la suite des empoisonnements par le phosphore, l'arsenic, le mercure, la digitale ; à la suite des maladies infectieuses ; fièvre typhoïde, choléra, variole, etc.

« Chaque fois, dit Legroux, que la mort survient brusquement, en peu d'instants, en cinq ou dix minutes, on a des chances de rencontrer des ecchymoses sous-pleurales quand on les cherche. Dans les cas de chute d'un lieu élevé, d'écrasement par les roues d'un tramway, d'une voiture, d'ensevelissement sous un édifice écroulé, d'étouffement dans une foule, de commotion du cerveau avec ou sans fracture du crâne, déterminée par un coup de masse, par une pierre qui tombe de haut, on les a signalées déjà plusieurs fois. Tardieu lui-même en a donné des observations... Pendant ou après un accouchement rendu difficile par malformation ou présentation vicieuse, dans certaines opérations obstétricales (craniotomie, céphalotripsie) pratiquées sur des fœtus vivants, les ecchymoses sous-pleurales sont extrêmement fréquentes ; MM. Depaul, Tarnier et les chirurgiens de la Maternité l'ont établi ; M. Pinard, ici-même, vous l'a démontré dans son intéressant travail lu en mars 1877 et vous avez retenu les 16 observations sur lesquelles il a basé ses conclusions. »

Les conclusions du rapport de Legroux, qui date de 1877, c'est-à-dire de 27 ans, n'ont pas trouvé un seul contradicteur, ni en France ni à l'étranger. Peut-on dès lors s'appuyer sur ces ecchymoses pour affirmer, contrairement à l'opinion de tous les médecins légistes et même contrairement à celle de Tardieu, qu'une personne est morte à la suite d'une asphyxie par strangulation à la main, parce que l'on trouve des ecchymoses sous-pleurales ?

En fait d'ailleurs, dans le cas que je citais plus haut, ce-

lui de l'infirmier succombant subitement par la pression laryngée pratiquée par un aliéné, il y avait des ecchymoses sous-péricardiques.

Il y a donc des taches de Tardieu dans la mort par inhibition laryngée. Elle ne prouvent pas que la mort ait eu cette cause, mais on ne peut pas invoquer leur constatation pour écarter la possibilité de la mort par inhibition.

Dans une excellente thèse soutenue le 30 octobre 1878 par M. le Dr Vicq : *Contribution à l'étude médico-légale et surtout pathogénique des ecchymoses sous-pleurales*, cet auteur a réuni les documents suivants sur la constatation des ecchymoses sous-pleurales dans les morts violentes et les maladies suivantes. Il serait facile actuellement d'en augmenter la liste :

« *Suffocation*. — Tous les auteurs sont d'accord pour signaler la présence des taches ecchymotiques dans la suffocation, soit qu'elle ait eu lieu par occlusion des orifices aériens, soit par la présence de corps étrangers dans ces mêmes voies, soit par compression de la poitrine ou de l'abdomen, soit par enfouissement général ou partiel, soit par confinement, soit par raréfaction de l'air (1). Cependant il ne faut pas oublier que la science possède des cas de suffocation évidente où ces lésions ont manqué, soit dans des nécropsies, soit dans des expériences, comme nous l'avons déjà vu.

« *Pendaison*. — Elles ont été signalées dans la pendaison par MM. Faure (2), Dégranges (3), Liman (4), Page (5), Gallard (6), Grosclaude (7), Lacassagne (8), Legroux (9),

(1) Paul BERT. — Etude sur la pression barométrique. 1878, p. 758.

(2) *Arch. gén. de méd.*, 1867.

(3) *Gazette des hôpitaux* du 9 novembre 1867.

(4) *Ann. d'hyg. et de méd. lég.*, 1867.

(5) *Ann. d'hyg. et de méd. lég.* 1874.

(6) Autopsie du 15 mai 1875.

(7) Thèse de Paris. 1877.

(8) Précis de médecine judiciaire.

(9) *Loc. cit.*

Ogston et Casper (1), Tenneson (2), Fredet (3).....

« *Submersion.* — Elles y ont été vues par MM. Faure, Page, Grosclaude, Lacassagne, Liman, Ogston, Casper, Girard (4), Bergeron et Montano (5)...

« *Strangulation.* — On en trouve de nombreux exemples dans les ouvrages de MM. Tardieu (6), Faure, Liman, Page, Grosclaude, Legroux, Bayard (7), Degranges, Casper (8), etc...

« On ne les trouve pas seulement dans les cas d'asphyxie, mais il est fréquent de les rencontrer dans d'autres morts plus ou moins violentes. Nous rappellerons les principales sans donner plus de détails qu'on trouvera dans les auteurs cités.

« *Maladies nerveuses.* — Elles sont fort nombreuses et l'on peut dire qu'on les rencontre dans le plus grand nombre des affections cérébrales et médullaires. Ainsi, elles ont été vues dans l'éclampsie par M. Tardieu (9) ; dans l'épilepsie par MM. Tardieu, Liman, Voisin (10), Liouville (11) ; dans le tétanos, par MM. Tardieu et Dechoudans (12) ; dans l'hémorrhagie cérébrale, ou elles sont très fréquentes, par MM. Charcot (13), Ogston, Brouardel (14),

(1) *Traité de médecine légale*, t. II, p. 370, obs. CCLXX.

(2) *Ann. d'hyg. et de méd. lég.*, 1874, t. XLII, p. 161.

(3) *Ann. d'hyg. et de méd. lég.*, 1876, t. XLVI, p. 183.

(4) *Gazette hebdomadaire*, 1873.

(5) *Ann. d'hyg. et de méd. lég.* 1877, t. XLVIII, p. 353.

(6) *Traité de la pendaison*, p. 209. — *Traité de l'infanticide*, obs. XII. — *Autopsie des enfants*, Klack, v. *Ann. d'hyg. et de méd. lég.*, 1870.

(7) *Ann. d'hyg. et de méd. lég.* 1847. — *Autopsie du 21 novembre 1846.*

(8) *Traité de méd. lég.* obs. CCLXXXV.

(9) *Ann. d'hyg. et de méd. lég.*, 1868.

(10) *Dict. de méd. et de chir. pra.*, t. XIII, p. 610.

(11) *Comptes-rendus de la Société de biologie*, 1870.

(12) *Th. de Paris*. 1878.

(13) *Société de biologie*, 1869-70. — *Maladies du système nerveux (passim)*.

(14) *Dictionnaire encyclopédique*, art. *Hémorrhagie cérébrale*

Brown-Séguar (1), Vulpian (2) Nothnagel (3), Ollivier (4), etc. ; dans la méningite (5), par M. Garin (6) ; dans l'insolation (7) ; dans l'œdème cérébral naturel ou suite de brûlures étendues, par MM. Liman (8), Maschka (9), Brierre (10), etc.

« *Maladies de poitrine.*—On les rencontre moins souvent que dans les maladies nerveuses ; cependant, elles ont été observées dans de nombreux cas ; ainsi dans le croup et la diphthérie par MM. Simon (11), Lorain (12) Sanné (13), etc. ; dans la coqueluche, par MM. Simon, Duchamp (14), etc. ; dans la broncho-pneumonie, par M. Roger (15), etc. ; dans l'apoplexie pulmonaire par MM. Ogston, Hervieux (16), Cornil et Ranvier (17) etc. ; dans l'œdème pulmonaire, la pneumonie, par MM. Ogston, Casper, Liman, etc. Enfin, M. Brouardel, dans son service des ambulances pendant le siège de Paris, en a pris de nombreuses observations dans le catarrhe suffocant.

« Dans les affections organiques du cœur, les exemples sont rares ; cependant nous en avons trouvé dans Casper et Ogston, et dans l'*Anatomie pathologique* de MM. Cornil et Ranvier, page 734.

« *Traumatismes mortels.* — Les ecchymoses sont fré-

(1) *Gazette hebdomadaire*. 1873. — Société de biologie, 1870.

(2) Société de biologie du 19 juillet 1873.

(3) *Ann. d'hyg. et de méd. lég.*, 1848.

(4) Soc. de biologie, 1871.

(5) *Gaz. hebdomadaire*, 1874.

(6) Dans th. de Dechoudans.

(7) Hestrées, Th. de Paris, 1872, p. 59.

(8) *Ann. d'hyg. et de méd. lég.* (1867, t. XXVIII, p. 388).

(9) *Allg. méd. Centralzeitung*, mai 1864.

(10) Bull. de la Soc. anatomique, 1862, p. 114.

(11) Dict. de méd. et de chir. prat., art. *croup et diphthérie*.

(12) Dict. de méd. et de chir. prat., art. *croup*, p. 608.

(13) Traité de la diphthérie.

(14) Th. de Dechoudans, Paris.

(15) Dict. encyclopédique, t. XI, p. 32.

(16) Th. de Dechoudans, p. 81.

(17) Manuel d'anat. path., p. 734.

quentes dans ces cas, et Ogston, cité par Casper, en rapporte onze cas. Elles ont été signalées dans les fractures du crâne par MM. Devergie (1), Bayard (2), Grosclaude, Brown - Séquard, Nothnagel, Schiff, Vulpian, Brouardel, qui tous les ont obtenues dans de remarquables et nombreuses expériences, rapportées çà et là dans leurs ouvrages ; les chutes d'un lieu élevé, les écrasements variés en ont donné des exemples à MM. Tardieu et Tourdes (3) ; et M. Brouardel nous en a fait voir dans ses conférences à la Morgue. Il en est de même dans la craniotomie, la céphalotripsie ; M. Pinard (4) rapporte les observations prises dans le service de MM. Depaul et Tarnier.

« Quant aux maladies générales, telles que froid, scarlatine, variole noire, choléra, typhus, scorbut, purpura, hémophilie, leucocythémie, hémorrhagie générale, syphilis héréditaire, etc., elles payent aussi tribut à notre sujet, et on les trouve dans les ouvrages de MM. Ogston, Devergie (froid), Tardieu qui les cite comme des exceptions à sa théorie, Grosclaude, Dechoudans, Casati (5), Mollière (6), Garin, Lanceraux (7), etc.

« *Empoisonnements.* — Il est un grand nombre de substances toxiques qui produisent des taches sous-pleurales. Ainsi elles ont été vues dans les empoisonnements par le phosphore par MM. Tardieu, Maschka, Grisolles (8) ; l'arsenic, le mercure, le plomb, la digitale, la strychnine par MM. Tardieu et Grisolles ; l'antimoine par M. Lancereaux (9) ; le bromhydrate de cicutine par M. Bochefon-

(1) *Traité de méd. lég.* 1840.

(2) *Manuel de méd. lég.*, 1841.

(3) *Dict. encyclop.*, art. *blessures*.

(4) *Ann. d'hyg. et de méd. lég.*, 1877.

(5) *Ann. de dermatologie*, 1870.

(6) *Ann. de dermatologie*, t. II, p. 416.

(7) *Traité de la syphilis*, 1874, p. 425.

(8) *Pathologie interne*, 9^e édition, p. 6, t. II et suiv.

(9) *Ann. path.*, p. 313.

taine (1) ; la vapeur de charbon par MM. Tardieu et Bayard (2), Champouillon (3), Fredet (4), Casper, Troja (5), Maschka, etc. ; l'acide prussique, par MM. Liman, Maschka, etc. ; le chloroforme, par MM. Bayard (6), Casper (7), Grisolle (8), Gosselin et Faure (9) ; l'acide oxalique, par les champignons vénéneux, par Maschka ; le farcin et la morve chroniques, par Grisolle (10) etc., etc.

« Enfin, comme nous l'avons déjà dit, elles ont été observées chez les morts-nés, n'ayant pas respiré, par MM. Tardieu, Schwartz, cité par Casper, Pinard, Degranges, Lancereaux, Maschka (11), Schröder (12) Maschka, etc. ; et chez les nouveau-nés ayant respiré, mais non suffoqués, par MM. Pinard, Hofmann (13), Grosclaude, Degranges, etc., etc.

« On peut juger par ce qui précède de la multiplicité des cas où l'on trouve des ecchymoses sous-pleurales, et il est certain que de nouvelles recherches nous permettraient d'en augmenter encore la quantité ; mais il serait oiseux de le faire, car nous sommes persuadés que le nombre des autorités citées précédemment est plus que suffisant pour démontrer que les ecchymoses sous-séreuses ne sont pas spéciales à la suffocation. Ce ne serait du reste que faire le résumé des nombreux ouvrages parus sur ce sujet, et ce n'est pas le but que nous nous sommes proposé. »

(1) Rapport de M. Legroux, p. 9.

(2) *Ann. d'hyg. et de méd. lég.*, I.

(3) *Ann. d'hyg. et de méd. lég.*, 1867.

(4) Rapport de M. Champouillon à la Soc. de méd. lég., 1867.

(5) Cité par Ranvier, Société de biologie, 1870.

(6) Manuel de médecine légale, 1862, obs. CCCXXV.

(7) *Loc. cit.* Suicide d'un pharmacien.

(8) *Loc. cit.*, p. 63.

(9) *Arch. de méd.*, 1864, p. 641.

(10) *Path. int.*, t. II. 9^e édit., p. 11.

(11) In. Casper.

(12) Manuel d'accouchement, p. 645.

(13) *Revue des sciences*, de M. Hayem, 1875, p. 235.

3° M. le Dr Blaise invoque, pour démontrer que la mort d'E. Meunier a eu lieu par asphyxie, un 3° argument : la présence de plaques d'emphysème sous-pleural.

Tardieu, parlant de l'état des poumons dans la strangulation, dit en effet (1) : En première ligne, il faut noter la déchirure des vésicules les plus superficielles, d'où résulte un emphysème plus ou moins étendu. Ces ruptures des vésicules pulmonaires ne manquent presque jamais etc. ». Reportons-nous aux observations de *strangulation d'adultes* publiées par Tardieu lui-même. Laissant de côté la strangulation des enfants (infanticides) et les tentatives de strangulation non suivies de mort, nous trouvons 16 observations suivies d'autopsie.

Strangulation par un lien : 4	{	3 pas d'emphysème.
		Une seule fois est noté.
—	{	un peu d'emphysème.
		10 Pas de plaques d'emphysème.
— à la main : 12	{	Obs. 1. Déchirures superficielles de la plèvre.
		Obs. 11. Plaques d'emphysème.

Ainsi d'après les observations de Tardieu lui-même, dans 16 cas de strangulation, il y a eu 3 fois des plaques d'emphysème pulmonaire.

J'ai 27 autopsies de mort par strangulation pratiquées chez l'adulte.

Strangulation par un lien : 15, pas d'emphysème 15.

— à la main : 12 { 10 fois pas d'emphysème.
2f. plaques d'emphysème.

(1) TARDIEU : — La pendaison, la strangulation et la suffocation, 1870, p. 166.

Il n'y a donc pas lieu d'accepter comme établie la formule de Tardieu : « Ces ruptures des vésicules pulmonaires ne manquent presque jamais. »

En revanche, lorsque j'avais fait, il y a 25 ans, l'autopsie de M. Lagrange, pharmacien place Beauveau, et de sa bonne assassinés par Walker, j'avais été un peu surpris de trouver chez tous deux de larges plaques d'emphysème sous-pleural. Or, il n'y avait eu aucune tentative de strangulation, ils avaient été tués par écrasement des os du crâne à l'aide du pilon en fer d'un mortier.

Depuis lors, j'ai toujours noté avec soin la présence ou l'absence des plaques d'emphysème dans les cas de fractures du crâne. J'ai pratiqué 19 autopsies; il y avait des plaques d'emphysème dans 7 cas, dans 12, il n'y en avait pas.

On ne peut donc pas considérer les plaques d'emphysème pulmonaire chez l'adulte comme un signe démonstratif de la mort par strangulation. Je dois dire que dans l'autopsie de l'infirmier de Villejuif, il n'y avait pas de plaques d'emphysème pulmonaire.

Pourquoi cette erreur d'appréciation a-t-elle passé dans la science ?

Serait-ce parce qu'on a considéré les résultats des autopsies de strangulation faites sur les enfants dans les cas d'infanticide comme applicables aux strangulations de l'adulte ? Les plaques d'emphysème pulmonaire ont été trouvées par Tardieu dans l'infanticide :

Mort par suffocation...	pas == 8 ==	Plaques de rupture vésiculaire..	5
Mort par strangulation	pas = 5 =	Plaques.....	4
Mort immersion eau des fausses d'aisances...	pas = 13 =	Plaques	5
Mort par fractures du crâne.....	pas = 9		

Ma statistique donne une proportion encore moindre. J'ai relevé 2 cas de plaques d'emphysème sur 4 dans la strangulation, et un sur 11 dans la mort par fractures du crâne. Dans 39 autres cas, où l'infanticide avait été pratiqué par d'autres procédés, il n'y avait pas d'emphysème.

M. le Dr Vibert dit :

« L'emphysème pulmonaire est signalé comme fréquent dans la mort par strangulation. Nous l'avons rencontré plusieurs fois chez les nouveau-nés. Il se présente sous forme de plaques assez bien limitées et quelquefois très étendues (1). »

On ne saurait donc dire avec Tardieu : ces ruptures pulmonaires ne manquent presque jamais, puisque dans les observations de Tardieu, même chez les nouveau-nés, elle manquent, d'après la statistique de Tardieu, 5 fois sur 9 cas et 4 fois sur 5 dans la mienne.

Je crois pouvoir conclure de cet exposé que les trois objections présentées par mon honorable confrère M. le docteur Blaise, ne résistent pas à l'analyse des observations consignées par les auteurs.

En fait, la congestion des poumons, les ecchymoses sous-pleurales, les plaques d'emphysème pulmonaire, se montrent assez fréquemment dans la mort par asphyxie, mais elles existent également dans un grand nombre d'autres causes de mort.

Peut-on chercher leur mode de production, établir leur pathogénie ?

Pendant longtemps on a pensé que ces lésions demandaient un temps plus ou moins prolongé pour se produire, c'était l'avis de Léman, Senator, Strohl, Page. Caussé, d'Albi, a formulé cette théorie à propos des ecchymoses sous-pleurales dans les termes suivants (2) :

(1) VIBERT. — Précis de Méd. légale, 6^e édition, p. 171.

(2) CAUSSÉ d'Albi. — De l'asphyxie par suffocation, 1869

« S'il m'est permis sur ce point de donner mon opinion, je dirai qu'en rapprochant les suffusions sanguines de l'emphysème pulmonaire, on peut selon toutes les probabilités attribuer ces lésions à des efforts respiratoires violents. »

Je ne crois pas que cette pathogénie soit acceptable. Pour les ecchymoses, dites taches de Tardieu, on en trouve très souvent sur le péritoine, sur la face convexe du foie, sur l'estomac ; on ne voit pas comment les efforts respiratoires agiraient assez violemment sur ces régions pour produire des ecchymoses ponctuées. Pour les plaques d'emphysème qui occupent le plus souvent les bords antérieurs des poumons, on se demande pourquoi, l'air ne pouvant plus entrer dans les alvéoles pulmonaires, celles-ci se rompraient pour donner issue à des gaz qui ne sont pas comprimés dans les alvéoles, mais au contraire raréfiés.

Or que nous apprend l'expérimentation appliquée à la pathogénie des ecchymoses sous-pleurales ? M. Legroux a fait les expériences suivantes :

« Trois autres chiens furent pendus après piqure du bulbe aux environs de l'origine des pneumogastriques. Cette piqure en ce point du bulbe, que M. Laborde avait maintes fois pratiquée dans un but différent de celui que je poursuivais et dans laquelle il a acquis beaucoup d'habileté, a pour effet de produire immédiatement une syncope, mais une syncope respiratoire seule, le cœur ne cessant pas de fonctionner régulièrement. Si dans ces cas, on laisse l'animal abandonné à lui-même, on le voit au bout de deux à trois minutes refaire des mouvements respiratoires de plus en plus complets et plus réguliers, et, remis de sa commotion bulbaire, reprendre sa vie ordinaire, à moins qu'un épanchement trop considérable comprime un peu trop la moelle.

« En nous plaçant dans ces conditions expérimentales, et pendant nos chiens aussitôt que la syncope respiratoire était produite, nous supprimions tout effort, toute lutte respiratoire. L'animal fait encore quelques efforts pour se dégager, il s'agit un peu, mais tout mouvement respiratoire, tout soulèvement des côtes, toute contraction diaphragmatique, sont arrêtés. Eh bien ! dans ces conditions que nous avons reproduites trois fois pour

Atte à l'abri de lésions de hasard, nous avons vu et nous avons montré aux assistants, à MM. Mathias Duval, Millard, Lacasagne entre autres, les ecchymoses sous-pleurales ponctuées, quelquefois très nombreuses (nous en avons compté plus de douze sur une surface de 6 centimètres carrés) disséminées à la surface des deux poumons et particulièrement à la face concave de ces organes. En même temps nous notions l'absence presque complète de l'emphysème pulmonaire dans trois de ces expériences.

« Nous croyons devoir faire ressortir dès maintenant l'importance de cette série d'expériences. En effet, elle ruine d'un seul coup la théorie qui attribue les ecchymoses sous-pleurales à la lutte respiratoire, aux efforts stériles d'ampliation de la poitrine, aux inspirations violentes et vaines qui, au lieu de faire entrer de l'air dans les poumons, ne font qu'un appel plus puissant au sang veineux dans la cage thoracique, et détermineraient une surcharge de sang dans les capillaires du poumon, une tension exagérée dans ces vaisseaux et, en dernier lieu, leur rupture et par suite des extravasations ecchymotiques » (1).

Les ecchymoses sous-pleurales ne dépendent donc pas des efforts respiratoires. J'ajoute que les expériences suivantes prouvent en plus qu'elles se produisent par une sorte de poussée instantanée.

« Un chien est tué par une section brusque faite avec un couteau à amputation passé le plus près possible de la colonne vertébrale et comprenant les carotides et la trachée. La mort est foudroyante. On trouve des ecchymoses très nombreuses sur les poumons. Ceux-ci sont congestionnés à leurs extrémités supérieure et inférieure (2).

« *Chute d'un lieu élevé.* — Dans le courant du mois d'avril 1878, M. Brouardel, dans une conférence pratique de médecine légale à la Morgue, a fait l'autopsie d'un homme de 35 ans environ, qui s'était précipité du haut des tours de Notre-Dame. Nous ne parlons que des lésions qui nous occupent. Le poumon était déchiré par les fragments de côtes en de nombreuses places ; mais sur les

(1) LEGROUX. — Soc. méd. légale, p. 303, t. V., 1877.

(2) GROSCLAUDE. — De la valeur médico-légale des ecchymoses sous-pleurales. Thèse de Paris, 1877, p. 38.

parties intactes, on voyait de très belles ecchymoses sous-pleurales. Le cœur, qui était déchiré dans le sillon d'insertion de l'aorte, avait aussi des ecchymoses.

« On ne peut évidemment attribuer ces hémorrhagies interstitielles, qui ne sont pas le fait d'un traumatisme direct, qu'à une action nerveuse et non à l'asphyxie. Il y avait, en effet, une fracture ou plutôt un broiement général du crâne qui explique bien les faits.

« *Fracture du crâne.* — Dans le laboratoire de M. Brouardel, à l'hôpital Saint-Antoine, un rat est tué d'un fort coup de canne qui lui écrase le nez et la partie antérieure du cerveau. L'autopsie immédiate montre avec abondance des ecchymoses sous-pleurales et sous péricardiques. »

Au mois d'avril 1878, je fis tuer, devant mes élèves, un chien par une section nette de la moelle à sa sortie du trou occipital. La mort a été instantanée, l'autopsie fut faite de suite, il y avait de nombreuses taches sous-pleurales et quelques unes sous-péricardiques.

Commotion bulbaire. — *Coup du lapin.* — Cette expérience a été faite par MM. Descoust et Grosclaude, mais n'a pas été relatée dans la thèse de ce dernier.

Un lapin a été tué de la manière vulgaire, par le coup du lapin. Pendant qu'il était tenu par les membres postérieurs, on lui appliqua, avec le bord cubital de la main un fort coup sur la partie postérieure du crâne. Le lapin meurt après quelques convulsions. Il y avait de très nombreuses ecchymoses sous-séreuses, et M. Descoust nous disait que jamais il n'en avait vu autant que dans ce cas.

Empoisonnement par le curare. — *Ouverture du thorax pendant la respiration artificielle.*

Dans le mois de septembre 1878, dans le laboratoire de M. Vulpian, un chien, de taille moyenne, avait été

préparé par M. Bochefontaine, dans le but d'étudier l'action du jaborandi en injections veineuses. M. Descoust voulut ensuite se rendre compte du moment exact où se formaient les ecchymoses sous-pleurales. Aussi le chien fut curarisé. On pratiqua la trachéotomie, et on établit la respiration artificielle. Au bout d'environ une demi-heure après la curarisation, on ouvrit le thorax sur la ligne médiane. La respiration se faisant normalement et l'influence du curare commençant à s'affaiblir, on diminua petit à petit le jeu de la respiration artificielle, de façon à amener une asphyxie progressive. Pendant ce temps, le poumon est surveillé avec le plus grand soin. La diminution progressive de la respiration artificielle, jusqu'à la cessation complète de l'arrivée de l'air, dura environ vingt-minutes. Quelques secondes après, il se produisit subitement, à l'insu de l'observateur aussi attentif que possible, quelques ecchymoses très nettes sur le poumon gauche. Malgré toutes les tentatives, l'animal ne put être rappelé à la vie.

M. Descoust et moi avons à plusieurs reprises fait l'expérience suivante : nous pratiquions une large fenêtre à la poitrine, en réséquant 4 ou 5 côtes, à des chiens grands et vigoureux, puis nous les pendions, nous regardions avec la plus vive attention la plèvre pulmonaire mise à nu et tout d'un coup nous voyions surgir une quantité d'ecchymoses sous-pleurales, paraissant simultanément, au moment où survenaient parfois les convulsions des membres inférieurs.

Par conséquent, l'apparition des ecchymoses sous-pleurales est instantanée ; elle se fait lorsque le système nerveux est atteint, elle est sous la dépendance d'un spasme du système nerveux, probablement d'un spasme du système vaso-moteur.

Cette pathogénie comprend-elle tous les cas dans lesquels on trouve à l'autopsie des ecchymoses sous-pleurales ? Je ne puis l'affirmer, mais elle comprend tous les

cas dans lesquels le système nerveux et le pneumo-gastrique sont directement intéressés, et ceux dans lesquels ils le sont indirectement par hémorrhagie, par intoxication tétanique, urémique, et ces cas forment un groupe important de ceux qui sont soumis aux expertises médico-légales. L'asphyxie par suffocation, strangulation, submersion brusque ou lente rentrent dans ces cas.

C'était à cette conclusion que, dans sa thèse, après avoir rapporté les expériences précédentes était arrivé M. le Dr Vicq. Je reproduis sa 3^e et sa 4^e conclusions (1).

« 3^e Au point de vue pathogénique, les ecchymoses ne sont pas produites directement par les efforts respiratoires ou par les troubles de la circulation ;

« 4^e Leur cause étiologique se trouve dans les altérations ou les modifications du système nerveux, qui peuvent tenir, il est vrai, aux troubles circulatoires ou respiratoires, mais qui sont aussi souvent tout à fait seules et indépendantes de ces troubles. La rupture des capillaires doit se faire par la contraction brusque, spasmodique de ces vaisseaux, sous l'influence des vaso-moteurs, dont l'action est amenée soit par cause réflexe, soit par cause directe. »

Au point de vue pathogénique organique, nous sommes d'accord également avec le professeur Hofmann, de Vienne, qui s'exprime ainsi :

« Par des expériences bien dirigées, on peut se convaincre, comme nous l'avons déjà fait pour les ecchymoses sous-conjonctivales, que la formation des ecchymoses sous-pleurales et sous-péricardiques correspond au stade convulsif de l'asphyxie, c'est-à-dire à un moment où la dyspnée se manifeste au dehors moins par de profondes inspirations que par des expirations ténues (2) ».

(1) VICQ. — Thèse de Paris, 1878, p. 52.

(2) HOFMANN. — « Nouv. éléments de méd. légale », Trad. Em. Trevis, p. 355.

Nous avons donc établi deux choses : 1° le facteur le plus important dans la production des ecchymoses sous-pleurales est le système nerveux, quelle que soit la cause qui provoque chez lui un spasme convulsif.

2° Ces ecchymoses paraissent en un instant, au moment de ce spasme, quelle qu'ait été la durée de l'action qui provoque leur apparition, alors même que celle-ci a eu une durée si courte qu'on pourrait la dire inappréciable dans le temps (coup de canne sur la tête d'un rat, mort instantanée).

Les conditions dans lesquelles se produisent les congestions pulmonaires sont-elles différentes ? Nous sommes habitués, en clinique, à observer les congestions lentes progressives qui surviennent au cours des affections cardiaques, souvent accompagnées d'œdème, ainsi que dans les lésions rénales. Mais déjà depuis longtemps Woillez, Weill, de Lyon, Potain, avaient appelé l'attention sur des formes de congestion rapide des poumons en dehors de toute lésion antérieure de cet organe ou du cœur. Parmentier a décrit la congestion subite et généralisée des poumons, le coup de sang pulmonaire.

Rendu et Huchard ont décrit une forme de congestion pulmonaire grippale, évoluant en quelques heures. M. Huchard dit « Les pneumogastriques de certains gripés sont comme sectionnés » (1).

On l'a observée à la suite de lésions du système nerveux : hémorragie cérébrale, tubercules cérébraux, traumatismes cérébraux, épilepsie, paralysie du pneumogastrique. « La poussée congestive peut aller jusqu'à la formation de foyers d'apoplexie pulmonaire » (2).

Dans l'angine de poitrine, alors même que la mort a

(1) HUCHARD. — *Revue de chirurgie et de thérapeutique*, 1890, p. 45.

(2) D^r MÉRY. — *In* Traité de médecine et de thérapeutique de P. Brouardel et A. Gilbert., t. VII, p. 838.

été subite on a noté une congestion pulmonaire intense (1).

Par conséquent sous des influences multiples, la congestion pulmonaire peut être rapide, parfois même instantanée. Le cas de l'infirmier de Villejuif, que je dois à M. Socquet, en est un exemple démonstratif. On l'a notée également dans la mort par inhibition à la suite de traumatisme de la paroi abdominale (Maschka, Vibert, Brouardel).

A côté de la congestion pulmonaire, se trouve l'œdème aigu du poumon.

« La brusquerie des accidents, dit M. Méry (2), cette vaso-dilatation énorme et subite, montrent, à n'en pas douter, la part importante prise par le système nerveux dans la pathogénie de l'œdème pulmonaire. L'œdème du poumon, dit M. Bouveret, procède d'un trouble de l'innervation vaso-motrice dans le domaine de l'artère pulmonaire ».

Dans une communication faite en 1897 à l'Académie de médecine (3), M. Huchard décrit une forme réellement foudroyante, « dont, dit-il, je n'ai observé que deux cas. Le début est presque subit et la terminaison extrêmement rapide, en quelques minutes, comme le fait suivant relaté par de la Harpe : un malade est réveillé en sursaut pendant la nuit. Il saute hors de son lit, traverse la chambre, s'assied sur une chaise, râlant ; quelques instants après, il était mort et une houppe de mousse blanche sortait de la bouche et des narines ». Plus loin (4), M. Huchard rappelle le fait que M. le Professeur Jacoud a inscrit en 1884 dans ses *leçons cliniques* de la Pitié. « Dans la convalescence d'une fièvre typhoïde à forme ambulatoire, un jeune homme de 27 ans est atteint brutalement comme il suit : il s'affaisse frappé d'une

(1) P. BROUARDEL.—La mort subite, obs., 41, 42.

(2) MÉRY.—In *Traité de médecine et de thérapeutique* de Brouardel et Gilbert, t. VI, p. 849.

(3) HUCHARD.—*Bull. de méd.*, t. XXXVII, p. 495.

(4) *Ibidem*, p. 501,

pâleur soudaine avec dyspnée extrêmement intense, abaissement considérable de la température, cyanose livide succédant à la pâleur et il succombe en un quart d'heure. A l'autopsie on trouve une congestion énorme, *colossale* des poumons, comme on n'en voit jamais ». Et M. Jaccoud le rapporte très judicieusement à un réflexe d'origine intestinale dont l'irradiation s'est faite sur les nerfs vaso-moteurs du poumon, au lieu de se porter sur le bulbe pour produire la mort par syncope.

Que ces œdèmes suraigus coïncident plus souvent avec une lésion rénale antérieure, comme je le crois, avec une lésion aortique, comme le pense M. Huchard, avec l'association de lésions du cœur et des reins, peu importe : en ce moment, le fait d'un œdème du poumon foudroyant est établi et il a « une origine nerveuse pneumogastrique surtout. Dans ces cas, c'est le nerf vague qui divague » (Huchard).

M. le professeur Renaut, de Lyon, a publié (1) des cas semblables. Dans la même séance de l'Académie, je disais que dans les $\frac{3}{4}$ des cas ces œdèmes aigus surviennent chez des rénaux méconnus. J'ajoutais : « Voici un cas typique que je viens d'observer : un terrassier est pris dans un éboulement. Il a les jambes fracturées, malgré cela, son état n'inspirait pas d'inquiétudes quant à la vie, lorsqu'il succomba subitement la nuit suivante à un accès d'œdème aigu du poumon. L'autopsie a montré des lésions du rein et l'intégrité du cœur. Eh bien ! chez ces rénaux, où la maladie demeure silencieuse, divers facteurs : coup de froid, traumatisme, etc. suffisent pour provoquer l'œdème pulmonaire aigu ».

Ces faits montrent que, comme la congestion pulmonaire, l'œdème aigu des poumons peut se faire en quelques instants. Tous les auteurs qui en ont cité des exemples n'ont trouvé d'explication que dans un trouble du

(1) J. RENAUT. — *Bull. Ac. Méd.*, t. XXXVII, p. 557.

système nerveux, une sorte de paralysie du nerf pneumogastrique.

Quelle peut être la pathogénie des plaques d'emphyème sous-pleural que l'on trouve parfois dans la mort par strangulation, suffocation ?

Je dois faire remarquer d'abord qu'elles se trouvent dans quelques-uns des cas où se montrent les ecchymoses sous-pleurales : asphyxies mécaniques, fractures du crâne avec lésions cérébrales, que leur mode de production peut être analogue.

J'ai dit plus haut que la théorie de leur formation par effort d'inspiration ou d'expiration ne paraît pas défendable. Il semble possible, au contraire, que lorsque survient le spasme provoqué par une lésion cérébrale, une inhibition laryngée, ou une strangulation, il y ait une tétanisation des muscles de Reissessen et des vasomoteurs, et que, sous l'influence de cette excitation locale, il y ait rupture de quelques vésicules pulmonaires. Mais je dois reconnaître que, sur ce point, je n'apporte pas de preuves décisives, je n'ai que quelques observations et je ne crois pas que des expériences aient été faites.

* * *

En résumé, il résulte des faits observés en clinique générale, en dehors de toute préoccupation médico-légale, aussi bien que des autopsies médico-légales pratiquées dans les cas de lésions cérébrales, de strangulation, d'inhibition, etc., que la congestion pulmonaire et les ecchymoses pulmonaires peuvent se produire subitement, en quelques instants.

C'est un point important à mettre en lumière pour l'interprétation des faits dont je viens de parler.

Il n'est pas nécessaire, pour qu'elles se produisent, que l'individu ait lutté contre l'asphyxie, elles ne mesurent pas la durée de l'effort.

Elles paraissent avoir pour cause pathogénique une lésion soit directe, soit réflexe des centres nerveux, et être dominées par l'excitation du pneumogastrique, nerf d'arrêt du cœur.

Observations.

M. BRIAND. — Il y a grand intérêt à faire connaître les cas de mort par inhibition, qui sont moins rares qu'on ne le pense dans le public. C'est par ce mécanisme que Billoir tua d'un coup de pied dans le ventre sa compagne. M. Brouardel a rapporté, je crois, à cette occasion, le fait d'une femme qui succomba à la suite d'un heurt qu'elle se donna à l'abdomen en faisant son lit. L'inhibition mortelle s'est même produite par la simple piqûre de l'injection sous-cutanée.

M. BROUARDEL. — Dans cette communication, je n'ai voulu parler que de l'inhibition laryngée ; mais il est certain que le point de départ de cet accident peut être tout autre et les exemples en sont très nombreux. Il y a un genre de mort où l'inhibition joue, je crois, un très grand rôle. C'est la mort par le chloroforme au début de l'anesthésie, accident qui me semble présenter la plus grande analogie avec celui qui a été provoqué jadis par la cautérisation de la gorge par l'ammoniaque et dont j'ai parlé dans ma communication. Les morts subites au début de l'opération et même dans la période pré-opératoire étaient du reste bien connues avant la chloroformisation. Témoin ce fait de Desault, où le malade succomba quand le chirurgien indiqua avec son ongle sur la peau du cou l'incision qu'il allait pratiquer.

M. CHASSEVANT. — Dans les expériences que nous faisons pour déterminer la toxicité des poisons les plus variés, les ecchymoses sous-pleurales se montrent d'une façon si banale qu'elles n'ont aucune spécificité et que nous n'en tenons plus compte.

DES RECLAMES MÉDICO-PHARMACEUTIQUES.

M. G. LEREDU lit à la Société le rapport qu'il a été chargé de rédiger au nom de la Commission spéciale (1) chargée de l'étude des moyens de réprimer les réclames médico-pharmaceutiques faites à l'aide de tout procédé de publicité par personnes n'ayant pas de diplôme de médecin. Il s'exprime en ces termes :

Messieurs,

La vulgarisation de la science est une mode aujourd'hui ; et moins que toute autre, la science médicale ne pouvait échapper à cet engouement ; non le désir de s'instruire et d'avoir des lueurs sur toutes choses, mais la recherche d'un soulagement que chacun demande pour ses infirmités ou ses souffrances, entraîne les plus ignorants à vouloir connaître les secrets de la science médicale. Cette science demanderait cependant à n'être pas vulgarisée, car il n'en est pas qui soit plus dangereuse à être connue superficiellement, chacun étant trop disposé à faire sur lui-même l'expérience de ce qu'il n'a pu qu'entrevoir.

Sous le prétexte de vulgarisation, certains entrepreneurs de publicité cherchent, soit par la voie de la presse, soit par la distribution de brochures et de prospectus, à faire admettre par le public certains remèdes dont ils vantent les bienfaits.

Dans les journaux, par exemple, sous une rubrique médicale qui trouve sa place dans le corps du journal,

(1) Nous rappelons que cette commission, qui s'est réunie le 26 avril 1904, est ainsi composée : M. Lefuel, *président* ; M. Leredu, *rapporteur* ; MM. Chassevant, Garnier, Floquet, Georges Brouardel et Rocher, *membres*.

dans un endroit où le lecteur ne croit pas rencontrer un article de réclame, s'étalent des appréciations à tournure scientifique sur une maladie quelconque ; après avoir décrit celle-ci dans ses minutieux détails, en avoir fait connaître les symptômes, la marche et les conséquences, l'auteur de la réclame termine en indiquant le remède, prenant même le soin de faire connaître où on pourra se le procurer et aussi le prix qui en sera demandé ; et ces articles sont signés la plupart du temps d'un nom précédé de la qualification de docteur.

Les mêmes procédés sont employés dans des brochures et des prospectus et aussi dans des affiches, où conseils et renseignements très circonstanciés précèdent toujours l'indication du traitement à suivre et du remède à prendre.

Les sociétés médicales se sont émues de cet état de choses, moins parce qu'elles croyaient y voir une atteinte à leurs intérêts professionnels que parce qu'il leur semblait qu'il y avait là un danger réel pour la santé publique. En effet, ou les produits annoncés sont inoffensifs, et cependant ils ont cet inconvénient d'amener le malade à s'en contenter et à laisser passer l'heure possible de la guérison par le traitement rationnel — ou ils sont dangereux, et alors quels troubles profonds ils peuvent causer, étant pris sans discernement et au hasard de toutes les fantaisies personnelles.

Notre société a été saisie de l'examen de cette importante question ; elle était mieux que toute autre, par les éléments qui la composent, qualifiée pour rechercher quelle solution lui apporter.

Au nom de la commission que vous avez nommée je viens aujourd'hui vous soumettre le rapport que j'ai été chargé de rédiger.

Les abus qui sont commis par la voie de la réclame médico-pharmaceutique ne datent pas d'aujourd'hui, et, ainsi que le rappelait notre collègue M. Rocher dans une précédente séance (1), les pouvoirs publics s'en sont à plusieurs reprises émus et ont cherché à les empêcher par mesures administratives.

Au commencement du siècle dernier, le préfet de police Dubois adressait aux rédacteurs de journaux une circulaire pour leur demander de n'insérer de réclames médicales et pharmaceutiques dans leurs journaux qu'autant qu'elles auraient été revêtues de son approbation et cela dans l'intérêt de la santé des citoyens.

En ces temps derniers, au mois de décembre 1903, le préfet de police a été invité par le Conseil municipal à prendre un arrêté interdisant les affiches des guérisseurs de maladies vénériennes apposées dans les urinoires, vespariennes, chalets de nécessité et autres lieux publics, affiches qui constituent un danger pour la santé publique.

Mais la loi a mieux armé les pouvoirs publics pour obtenir la répression de certaines réclames médico-pharmaceutiques. Il ne peut s'agir ici que des réclames faites par personnes n'ayant pas de diplômes, car aucun grief, tiré de la loi pénale, ne peut être adressé au médecin qui mettrait sa science consacrée par diplôme officiel au service de la publicité, à condition toutefois qu'il ne cache pas son nom véritable sous un pseudonyme (2).

Mais pour les réclames faites par des personnes non diplômées, dans les conditions que nous avons précédemment indiquées, c'est par la loi du 30 novembre 1892

(1) Séance du 14 mars, *supra*, p. 35.

(2) C'est grâce aux efforts de plusieurs de nos collègues de la Société et particulièrement de M. le docteur Floquet que l'exercice de la médecine sous un pseudonyme a été interdit et même réprimé.

sur l'exercice de la médecine qu'on peut en obtenir la répression.

Ces réclames constituent l'exercice illégal de la médecine.

L'article 16 de la loi précitée décide qu'exerce illégalement la médecine toute personne qui, non munie d'un diplôme, prend part habituellement ou par une direction suivie au traitement des maladies ou des affections chirurgicales.

La première condition imposée par l'article 16 se rencontre puisqu'il s'agit de réclames faites par des personnes non diplômées.

Mais ces articles de réclame constituent-ils un traitement ? Demandons à la jurisprudence le sens du mot traitement. « Le traitement, a dit la Cour de Paris (1), c'est tout acte ou conseil tendant à la guérison ou à l'atténuation d'un état de malaise ou de maladie. » Or, que font les entrepreneurs de publicité dans leurs articles de réclame ou leurs brochures et prospectus, si ce n'est de décrire les symptômes de la maladie, d'en indiquer tous les phénomènes, de la nommer et ensuite de faire connaître le remède qui amènera la guérison ainsi que l'emploi de ce remède. C'est une consultation écrite que donne ainsi l'auteur de la réclame par la voie de la publicité comme le ferait le médecin dans son cabinet de consultant.

Pour ne pas s'adresser directement et personnellement à un malade déterminé, cette réclame n'en constitue pas moins un traitement, puisqu'elle est au surplus un conseil tendant à la guérison d'un état de maladie. Qu'importe que le conseil soit suivi ou non ; c'est indépendamment de la volonté de l'auteur de la réclame s'il ne l'est pas, car tous ses efforts tendent à ce que le plus de personnes possible se prennent à sa réclame.

(1) V. arrêts de la Cour d'appel, 15 mars 1890. (*G. du Pal.* 1900, 1.581) — 16 mai 1900 (*G. Pal.* 1900. 2. 14).

Mais, objectera-t-on, fournir un conseil, une consultation, indiquer un remède, ne peuvent constituer le délit d'exercice illégal de la médecine qu'autant qu'il ne s'agit pas d'un fait isolé et accidentel, mais d'une série de faits se répétant suffisamment pour caractériser l'habitude.

Dans les faits qui nous occupent, l'habitude n'est-elle pas bien établie ? Il s'agit en effet de réclames se répétant presque journellement dans la presse ; mais quand bien même il n'y aurait qu'une seule insertion ou qu'une seule distribution des prospectus et des brochures, il y aurait toujours à retenir l'habitude puisque la consultation contenue dans la réclame est autant de fois répétée qu'il y a de lecteurs du numéro du journal ou de personnes auxquelles sont parvenues les brochures et les prospectus. Leur nombre ne permet pas d'invoquer le fait isolé et accidentel.

Si ces réclames constituent bien — ce qui à notre avis ne fait aucun doute — l'exercice illégal de la médecine, c'est aux Parquets qu'il appartient d'en poursuivre la répression en demandant contre les auteurs l'application des peines prévues dans l'article 18 de la loi du 30 novembre 1892. Ils auront ainsi le mérite d'arrêter des agissements qui sont un danger constant pour la santé publique. Au besoin même, si, par impossible, les Parquets délaissaient à se pourvoir, les Associations médicales et les Syndicats pourraient user du droit que leur confère cette même loi de 1892 dans son article 17 pour intenter des poursuites directes contre les délinquants.

Pour résumer notre rapport, nous vous soumettons les conclusions suivantes :

1° Les réclames médico-pharmaceutiques, qui décrivent les symptômes d'une maladie, en font connaître la marche

et les conséquences, la nomment et indiquent le remède et son emploi, qui devront amener la guérison ou une atténuation dans l'état du malade, établissent un traitement aux termes de la jurisprudence.

2° Les auteurs de ces réclames, s'ils ne sont pas diplômés, commettent le délit d'exercice illégal de la médecine par l'insertion des réclames dans les journaux, ou par la distribution de brochures et de prospectus qui les contiennent.

3° L'intérêt de la santé publique fait un devoir aux parquets de poursuivre la répression de ces délits. Au cas où par impossible les Parquets délaisseraient à se pourvoir, les Associations médicales et les Syndicats pourraient user du droit que leur confère l'article 17 de la loi du 30 novembre 1892, d'intenter des poursuites directes contre les délinquants.

Observations.

M. DEMANGE. — Avez-vous des exemples de ces réclames condamnables ?

M. LEREDU. — En nombre considérable. Elles forment un volumineux dossier.

M. DEMANGE. — Il serait bon, alors, de joindre au rapport quelques-uns de ces exemples.

M. LE PRÉSIDENT. — Cette demande est très juste, et il y sera fait droit.

M. ROCHER. — La question traitée par M. Leredu est d'une importance telle que la plupart des sociétés médicales s'en préoccupent. C'est ainsi que le secrétaire général de l'Association de la Presse médicale française, le Dr Baudouin, m'a envoyé, pour que je vous le transmette, le vœu que cette association a voté dans son assemblée du 6 mai. Voici le texte de ce vœu :

« L'Association de la Presse Médicale Française émet le vœu que soit considéré comme exercice illégal de la médecine et soumis aux lois existantes, l'emploi, dans un article de presse recommandant un traitement ou un médicament, du titre de docteur en médecine, quand le signataire de l'article n'est pas lui-même docteur en médecine d'une Université française. »

M. LE PRÉSIDENT. — La discussion de cette importante discussion aura lieu dans la séance prochaine quand on aura eu le temps de lire et d'étudier le rapport de M. Leredu.

ALIÉNÉS DÉLIRANTS PROCESSIFS

M. TISSOT lit au nom de M. BRIAND et au sien le mémoire suivant :

Messieurs,

Il est fréquent que des aliénés méconnus soient condamnés par les tribunaux pour des crimes ou délits dont, au bout d'un temps plus ou moins long, souvent à la suite de récidives multiples, ils finissent par être rendus irresponsables. M. Monod, dans une note présentée en 1894 au Conseil supérieur de l'Assistance publique, et où il relate les résultats d'une enquête faite par lui dans les Asiles publics, évalue à sept cents, pour la période quinquennale de 1886 à 1890, le nombre des personnes condamnées auxquelles une expertise médico-légale eût probablement épargné les conséquences matérielles et morales d'une condamnation.

Il semble donc que la justice puisse de moins en moins se passer du concours de l'expertise médicale et qu'il serait bon, comme le demande M. Monod « de rattacher par un lien plus étroit les médecins aliénistes à l'instruction des affaires judiciaires » (1).

(1) MONOD. — Note sur les aliénés recueillis après condamnation.

Ce n'est pas le lieu de rechercher s'il y a de nos temps plus d'aliénés qu'autrefois, mais il est certain qu'on en voit davantage ; aussi conviendrait-il d'« étendre à tous les tribunaux le bénéfice d'une situation si favorable au bon fonctionnement de la justice » (1), car les erreurs, pour être moins graves peut-être, n'en sont pas plus rares dans les affaires civiles, et la nécessité de ce contrôle s'y fait sentir tout autant qu'en matière criminelle.

Si l'on a beaucoup parlé des erreurs judiciaires dont les aliénés peuvent être victimes, on a moins insisté sur celles que les aliénés peuvent faire commettre. C'est qu'en effet on voit plus rarement, ou bien le remarque-t-on moins, des aliénés délirants mobiliser l'appareil judiciaire pour leur propre compte contre des personnes qu'ils accusent de leur vouloir du mal et de leur nuire dans leur réputation, dans leur santé ou dans leurs biens. Et ici nous ne voulons point parler des fous raisonnants, dits persécutés persécuteurs, dont le trouble psychique, souvent mal caractérisé, peut passer inaperçu, et dont on voit quelques-uns poursuivre les médecins de leurs récriminations, mais de ces délirants vrais, le plus souvent hallucinés, dont l'état de folie systématique s'affirme spontanément aux esprits les moins experts en la matière.

On conçoit que les premiers, « rusés et menteurs, doués de facultés syllogistiques très développées » (Magnan), en imposent parfois et donnent libre cours à leur obsession processive ; mais que les seconds puissent mener des poursuites judiciaires contre de prétendus persécuteurs, avec le concours d'hommes habitués à la procédure, cela devient plus étonnant et semble devoir être plus difficile. Voici pourtant deux observations qui en sont d'assez curieux exemples.

(1) MONOD. — Note sur les aliénés recueillis après condamnation.

OBSERVATION. I. — *Délire de persécution (Délire chronique), hallucinations, troubles de la sensibilité générale. Alcoolisme. Poursuites judiciaires. Inaction du commissaire de police.*

G...., Berthe, 53 ans, internée à Villejuif dans le service de M. le Dr Briand, vivait depuis plusieurs années avec un octogénaire dont l'appartement est séparé par la rue de celui que M. Z...., garde républicain, occupe avec sa femme depuis le début de l'année 1901

Or, vers la fin de cette même année, la conduite de G.... dénote un trouble cérébral marqué, et c'est ce voisinage, ce sont les époux Z.... qui vont lui fournir l'occasion de toute une épopée délirante. Plusieurs mois s'écoulent en une silencieuse incubation : la malade observe ses voisins, elle les soupçonne vaguement de mauvaises intentions, elle leur surprend des gestes qu'elle considère bientôt comme des preuves évidentes de leurs sentiments hostiles, comme une confirmation de ses soupçons ; de là des illusions, des interprétations erronées, bien vite délirantes, phénomènes précurseurs des hallucinations. Celles de l'ouïe sont les premières en date, les autres suivent à courte échéance ; enfin le délire éclate, actif, désormais importun pour ceux qu'il a désignés. Les époux Z.... l'insultent et la diffament, ils installent chez eux, en face de sa fenêtre, des appareils électriques et à acétylène au moyen desquels ils la torturent, éclairent nuitamment sa chambre de projections lumineuses, pénétrant ainsi son intimité. — Pour échapper à ces souffrances et à ces nocturnes investigations, G.... se caleutre chez elle, couche toute habillée dans un fauteuil, se fait de papier un revêtement protecteur contre l'électricité ; et, malgré ces précautions, les voisins réussissent à l'atteindre de leurs rayons fulgurants.

Un délire incroyablement riche se développe alors sous l'influence des multiples hallucinations de l'ouïe, de la vue, de la sensibilité, de l'odorat, du goût et psychomotrices ; par leurs machinations infernales, ses ennemis lui font endurer de vives souffrances, ils lui enlèvent

une peau sur le cœur qu'ils montrent à tous les voisins ; on lui tire des coups de pistolet dans les dents, on la roue de coups ; on lui parle dans la bouche et de son corps même sortent des injures à son adresse ; un petit instrument de musique qu'elle possède lui envoie de son côté de nombreuses injures et les sons qu'elle en tire s'expriment pour elles en insultes parlées.

Les ennemis s'attaquent bientôt au vieux maître qu'elle sert, ils l'électrisent, malgré qu'il n'en veuille convenir, ils parlent dans son ventre et elle entend distinctement leurs paroles en y appliquant son oreille.

Une réaction de la part de la malade ne tarde pas à se produire, inévitable et violente : de sa fenêtre fermée d'abord, puis grande ouverte, elle lance à ses ennemis des torrents d'injures et d'imprécations, en se livrant à une gesticulation désordonnée.

Les poursuites. — Outre ces attaques grossières qui les blessent et les désignent à l'attention du quartier, les époux Z... vont avoir à subir tous les ennuis d'une interminable procédure entamée contre eux par leur prétendue victime : c'est d'abord devant le juge de paix un appel en tentative de conciliation, où G... se fait représenter par un mandataire ; celui-ci, convaincu de l'état d'aliénation de sa cliente, expose au juge l'inanité de la plainte et le mal fondé de toute poursuite possible. Mais G... veut un procès et elle assigne les époux Z... en correctionnelle pour diffamation, non sans avoir fait choix d'un avocat pour la défendre. Or, le jour de l'audience, l'avocat empêché se fait remplacer par un confrère que la valeur de la cause ne convainc pas suffisamment et qui se refuse, tout en demandant la remise à une autre date. Lorsqu'alors l'affaire est appelée, c'est l'intéressée elle-même qui manque ; aussi l'affaire est-elle rayée du rôle.

Si G..., obstinée à poursuivre, apporte naturellement à son entreprise aussi peu que possible de prudence et de précision, certains hommes d'affaires ne semblent pas en apporter davantage, une deuxième assignation se trouve périmée d'office en raison de la prescription des

faits incriminés ; mais ce contre-temps ne l'arrête pas, et à quelques jours de là, elle lance une troisième assignation, en règle celle-ci, et comportant des faits nouveaux ; nous avons pu nous la procurer, en voici la teneur :

« Attendu que depuis plusieurs mois les époux Z... poursuivent la demoiselle G... de leurs persécutions ; que, non contents de la troubler dans son repos même nocturne par les procédés les plus blâmables, ils la poursuivent sans cesse de leurs injures et de leurs diffamations ; — que notamment... le (date) à 10 heures du soir, par une fenêtre de leur appartement situé en face de celui de la requérante, les époux Z..., l'ont traitée publiquement de voleuse ; — dans la journée du... (date) ils ont encore envoyé des projections lumineuses chez la requérante l'insultant toujours, à tel point que celle-ci ne peut plus rester chez elle.

Par ces motifs, s'entendre condamner à lui payer la somme de deux mille francs à titre de dommages-intérêts. »

En raison du rôle très chargé, l'affaire ne put venir à l'audience et fut remise à un mois. C'est dans cet intervalle qu'enfin las des excentricités de sa servante et amie, le maître bon enfant la fit interner, après quatorze mois d'aliénation mentale confirmée, pendant lesquels elle a bouleversé complètement la vie d'un ménage honnête et paisible, sans que celui-ci ait eu contre cette forcenée aucun recours, aucun moyen de protection. Et que faire en effet ? Le Commissaire de police, maintes fois avisé de la situation, répondit qu'il ne pouvait rien tant que l'aliénée n'était pas dangereuse pour la sécurité publique et il conseilla au garde républicain de déménager ; les chefs de celui-ci lui donnèrent le même conseil ; son avocat, étonné, finit, lui aussi, par être de cet avis.

Poursuivre sa persécutrice ? Mais il était lui-même poursuivi par elle, désirant vivement que le procès pût venir une bonne fois à l'audience : là du moins il aurait plaidé l'aliénation mentale de G..., les juges auraient demandé un examen médico-légal qui aurait conclu à l'ir-

responsabilité : c'était la tranquillité revenue. De plus, il lui fallait, pour poursuivre, l'autorisation du ministre de la guerre, or il s'effrayait des obstacles et des lenteurs que rencontrerait sa demande dans ses pérégrinations au long de la voie hiérarchique.

La situation de cet homme était-elle assez pénible : injurié par cette folle, interviewé par les voisins, interrogé par le commissaire et par ses chefs, à chaque instant obligé de répondre à l'appel d'une assignation, entravé dans sa liberté et l'exercice régulier de sa profession. Ce malheureux que nous avons vu nous a fait part de ses tribulations et nous avons pu constater combien il avait eu à souffrir des agissements de Mme G... ; sa femme en fut même si impressionnée qu'elle en fit une maladie.

Quoi qu'il en soit, il est intéressant de constater qu'une aliénée délirante, victime d'hallucinations, a pu entraîner des hommes d'affaires dans le sens de son délire, les convaincre de la réalité de ses griefs, et, sous leurs auspices, intenter des poursuites correctionnelles contre des personnes dont la conduite et la moralité ont comme meilleure garantie leur profession même. Et cependant elle a trouvé un huissier pour rédiger ces contes en style de procédure, un avocat pour la défendre ; or loin de confier sa cause à quelque clerc obscur et dénué, elle la fait accepter par un des maîtres du barreau dont l'expérience et la réputation sont à la hauteur du talent.

Assurément la bonne foi de toutes ces personnalités a été surprise : ils étaient peut-être les seuls à ignorer que G... fût une habituée du marchand de vin, chez qui elle allait faire le récit de ses extraordinaires aventures : tous les assistants s'en amusaient fort et chacun, accentuant la bouffonnerie, donnait un avis, un conseil plaisant qu'elle s'empressait d'exécuter dès son retour au logis, à la grande joie des gamins que réjouissaient les excentricités de « la folle », à l'étonnement des passants qui se groupaient dans la rue lorsque de sa fenêtre elle lançait à ses voisins ses grossières imprécations.

Actuellement, la malade est toujours dans le même état

délirant hallucinatoire : ses ennemis la harcèlent ici de leurs insultes et de leurs manipulations douloureuses, ayant transporté leurs appareils dans le voisinage de l'asile. Elle s'inquiète de la reprise de son procès, elle écrit à son avocat, lui envoie la liste des personnes à citer, bien décidée à continuer, malgré tout l'argent qu'elle y a déjà dépensé.

Si dans ce premier cas l'affaire finit par être classée à la suite de la séquestration opportune de Mme G., celui que nous allons maintenant rapporter se termine par une condamnation et à ce titre il est peut-être plus instructif.

OBSERVATION II. — *Délire de persécution, hallucinations, troubles de la sensibilité générale, interprétations délirantes — Port d'un revolver — Alcoolisme — Plaintes aux autorités — Poursuites judiciaires — Aberration maritale.*

La malade. — X... Marie, 54 ans, sans profession, internée à Villejuif dans le service du Dr M. Briand. Rien à noter dans les antécédents. S'entendant bien aux affaires, elle s'associait activement et intelligemment aux entreprises de son mari.

Le trouble mental remonte à environ quatre ans, époque à laquelle elle alla avec son mari habiter la banlieue parisienne ; elle crut remarquer que ses voisins, tous pauvres, la jaloussaient, lui enviaient l'heureuse situation que valait l'estimable profession du mari ; elle surprenait des conversations désobligeantes à son sujet des paroles blessantes à son adresse. Bientôt un véritable délire s'organise à la faveur de ces illusions, de ces interprétations erronées, appuyé par des hallucinations de l'ouïe, de la vue, de la sensibilité générale, et aussi par des faits : plusieurs fois un ouvrier peintre secoua sur elle ses pinceaux trempés dans « l'eau seconde », ce qui tachait ses vêtements et produisait de douloureuses brûlures sur les régions cutanées atteintes par le liquide. Elle se hâtait alors de combattre ces accidents

par des compresses boriquées et le lendemain elle allait demander des constats de brûlures à son médecin : or, le mari rapporte (ce qu'il sut du reste bien plus tard) que dans ces circonstances elle se frictionnait avec force le visage jusqu'à rougeur et excoriation : c'est cela qu'elle montrait ensuite à ses témoins et au médecin comme l'effet des projections reçues. De fait, les certificats médicaux qu'elle obtint ne furent jamais explicites.

Pour fuir ce quartier inhospitalier, elle déménage, et son nouveau milieu la laisse tranquille pendant quelques jours au bout desquels les insultes recommencent ; on la traite d'ancienne fille publique ; elle entend entre eux les voisins tenir sur elle des propos orduriers. De la fenêtre de l'un d'eux, qu'elle nomme, qu'elle désigne et qui va s'acharner après elle, elle reçoit une pluie fine de vitriol qui l'atteint à la figure : aussitôt le visage, les oreilles enflent et elle recommence son traitement antiphlogistique spécial. Elle ne peut plus sortir seule de sa maison sans recevoir le vitriol que son voisin lui lance avec une étonnante précision et un acharnement inlassable. Peu à peu des appareils projecteurs de vitriol sont installés par son ennemi de tous les côtés, et quand elle sort, plusieurs jets convergent à la fois sur elle, brûlant ses vêtements, sa voilette : elle portera même cette voilette devant le juge de paix comme pièce à conviction.

D'abord son ennemi ne l'attaquait que lorsqu'il la voyait seule, mais bientôt la présence à ses côtés d'une autre personne ne fut plus pour elle une protection. Un jour qu'elle allait ouvrir sa porte à un accordeur de piano elle reçut sur elle un liquide qui fit aussitôt rougir et enfler l'oreille et la joue : elle fit constater la chose à l'accordeur qui, effrayé, s'enfuit, et qu'elle amènera devant le juge de paix pour en témoigner. « Mon mari, écrit-elle, en a reçu un jour (du vitriol) à l'oreille en même temps que moi à la nuque ; ça le fit enfler et l'oreille lui corna. » La même chose arriva à un individu qui travaillait avec elle dans le jardin et qu'elle citera aussi comme témoin oculaire.

Constamment elle déménageait, et chaque fois elle

voyait des individus la suivre, qui répandaient dans son nouveau quartier des bruits faux et méchants sur elle et y continuaient les hostilités, en collaboration avec les concierges. Le dernier théâtre de tant d'horreurs est à Auteuil où ses ennemis, l'ayant rejointe, la torturent jusque dans son appartement : « Je m'étais souvent trouvée chez moi subitement malade, écrit-elle, l'air m'étouffait, me donnait des cornements dans les oreilles et me faisait enfler la cornée en dedans, le nez se desséchait, puis j'avais le goût de vert-de-gris et les yeux me piquaient et pleuraient. Quelques minutes après le départ de mon mari, les pièces se trouvaient infectées, ce qui me provoquait des congestions. J'ai fait coucher (sans qu'on le sache) deux personnes chez moi, elles ont éprouvé la même chose. »

Dans la rue même, X... se croyait poursuivie, et quand elle se sentait touchée par le vitriol, elle entra chez le pharmacien le plus proche pour y absorber des désinfectants.

Plusieurs fois, elle fit analyser ses urines, ainsi que les poussières soigneusement colligées de son appartement.

Elle portait toujours avec elle un revolver chargé, même au milieu des cérémonies religieuses, « J'ai des ennemis partout » disait-elle. La nuit elle dormait son revolver à portée de la main. Sous le fallacieux prétexte d'abriter des pigeons, elle fit construire un pigeonnier d'où elle surveillait les voisins munie de son revolver.

Elle était parfois très excitée autant sans doute par l'excès de ses tourments que sous l'influence de la boisson car, pour les oublier, elle buvait, vin, absinthe, rhum ; un ami la trouva un jour ivre morte chez elle, et comme il avait sur elle une grande influence, il réussit souvent à la calmer. « J'en tue un ou je me tue », criait-elle, en agitant son arme.

La procédure. — Une telle situation motivait de la part de la malade et de son mari de nombreuses plaintes à la gendarmerie, au commissaire de police, au procureur de la République : le plus souvent l'absence de té-

moins l'empêchait de poursuivre. Néanmoins elle réussit à intenter à l'un de ses prétendus ennemis des poursuites correctionnelles pour « lancement de poussières ayant déterminé une maladie du cuir chevelu ». L'accusé fut condamné par défaut à cent francs de dommages-intérêts, il fit opposition au jugement et finalement fut renvoyé des fins de la plainte : néanmoins, les juges n'admirèrent pas sa demande reconventionnelle.

Trois fois la malade cita ses persécuteurs en justice de paix, soit pour injures, soit pour projection de liquide : pour deux de ces accusations, l'enquête ayant établi des alibis en faveur des personnes poursuivies, la plaignante fut déboutée. Mais une troisième fois, elle amena deux témoins, le constructeur du pigeonnier-vigie et l'accordeur de piano auquel elle prétendait faire partager ses hallucinations : leurs dépositions furent nulles ; de plus comme pièce à conviction elle avait apporté la voilette vitriolée, sur laquelle en effet on pouvait voir quelques taches banales : le juge n'en tint pas compte dans la mesure qu'elle désirait. L'accusé n'en fut pas moins condamné à 5 francs de dommages, le tribunal ayant admis que des gouttes d'eau sale avaient pu tomber de la fenêtre de celui-ci sur les vêtements de la poursuivante.

Le mari. — La conduite du mari en toute cette histoire et son état d'esprit ne sont pas le fait le moins curieux :

M. X... est homme de lettres, d'une intelligence certainement au-dessus de la moyenne et d'un esprit cultivé. Ses occupations l'absorbant à Paris, il partait le matin de son logis pour n'y rentrer que le soir ; sa femme lui racontait alors les horreurs de la journée, les insultes, les sévices dont elle avait été victime ; et, selon son propre aveu, il se laissait persuader par la volubilité, la précision, la richesse des détails. Sans partager toutefois le délire de sa femme, il admettait les faits délirants racontés par elle ; il soupçonnait si peu ses erreurs malades qu'il entraînait pleinement dans ses vues proces-sives, qu'il déposait lui-même les plaintes à l'autorité, qu'il engageait des procès sur le seul témoignage de sa femme, sur l'affirmation qu'elle avait des témoins. Trop

tard, il apprit que l'un d'eux, le constructeur du pigeon-nier-vigie, était un individu peu recommandable qui avait largement pillé sa cave en compagnie de joyeux compères.

M. X. raconte qu'à la suite de ces aventures judiciaires, il fut menacé lui-même de poursuites pour dénominations calomnieuses.

Il ignorait les habitudes alcooliques de sa femme qui en sa présence buvait du lait. Il ne s'étonnait point de son exaltation, de ses soupçons, de ses plaintes, de ses insanités délirantes, de son soin à garnir de chiffons les cheminées, tuyaux, orifices par lesquels, disait-elle, on leur envoyait des gaz asphyxiants. Il consentait, presque sans discuter, à déménager à chaque instant, à coucher, à demi rassuré, c'est vrai, aux côtés de cette femme aux aguets que ne quittait pas son revolver ; parfois elle le réveillait brusquement en lui écartant les paupières pour lui faire constater qu'il avait les yeux rougis par le gaz délétère.

C'est un ami, plus vigilant parce que moins intéressé, et effrayé d'une telle insouciance, qui lui révéla la vérité et l'engagea à un prudent internement.

Mais jusqu'alors un état si anormal l'avait laissé si non indifférent, du moins complètement abusé sur sa véritable signification. Il s'étonna de ce long aveuglement, de cette domination qu'il avait subie sans s'en douter, il regretta vivement les vexations dont il s'était fait le complice irréfléchi. N'est-ce point là un joli exemple d'aberration maritale ?

Outre l'intérêt que ces observations peuvent présenter par elles-mêmes aux points de vue médical et psychologique, il nous a semblé utile de les publier parce qu'elles comportent un enseignement : en montrant certains inconvénients et dangers qui peuvent résulter de la liberté laissée à des aliénés, elles découvrent des lacunes, sinon dans la législation actuelle, du moins dans

la façon dont il semble que parfois certains représentants de l'autorité en comprennent l'application, nous voulons parler des commissaires de police, dont il importerait de bien préciser l'action envers les aliénés qui leur sont signalés.

Si l'on doit faire tout pour que des aliénés délinquants ne soient pas traduits en justice et condamnés par les tribunaux, on ne doit pas moins faire pour sauvegarder la société contre les funestes égarements de certains malades. Si la société a le devoir de protéger l'aliéné contre lui-même, elle a le droit de se défendre contre lui quand il est malfaisant.

Il appartient à l'autorité administrative de prendre des mesures pour prévenir les excès auxquels ces aliénés en liberté peuvent être poussés par leurs hallucinations et leurs haines injustifiées ; malheureusement, sur ce point, elle semble se trouver parfois en défaut.

Il arrive en effet que des commissaires de police, saisis de plaintes sur le compte d'aliénés, prétendent ne pouvoir rien faire tant que ceux-ci ne se sont pas livrés à des voies de fait : c'est, on l'a vu, la réponse que s'entendit faire le garde de Paris poursuivi par la malade G. . .

Nous avons eu récemment dans notre service de Villejuif une malade qui se disait persécutée par sa concierge avec laquelle elle échangeait fréquemment des propos injurieux et des menaces. La concierge alla avertir le commissaire des menaces de mort dont elle était l'objet de la part de sa locataire ; celui-ci excusa de son incompétence et de son impuissance « tant qu'il n'y avait pas coups et blessures » ; la malade elle-même, très surexcitée, se rendit à diverses reprises chez le même commissaire, lui contant ses ennuis, le suppliant de la garder, « car elle sentait bien qu'elle ferait un malheur », le magistrat se riait de cette folle et la renvoyait chez elle. Quelques jours après, elle tirait sur sa concierge, à bout portant, un coup de revolver et lui logeait une balle dans la tête.

Sur cet éclat, on emprisonna la locataire assassin ; un examen médical demandé conclut à l'irresponsabilité et à l'internement et l'on finit ainsi par où l'on aurait dû commencer.

Sous le titre : « Du placement des aliénés et de l'intervention des commissaires de police », M. Bourneville, dans le *Progrès Médical* du 16 avril 1904, signale le cas d'une mélancolique avec obsession-suicide dont le placement à l'Asile fut des plus difficiles. « La famille ou des amis, écrit-il, ont essayé de recourir au placement d'office. Ils ont été médiocrement reçus au commissariat, où on leur aurait répondu qu'on ne pouvait intervenir parce qu'il n'y avait pas eu d'accident, qu'il fallait attendre que la malade accomplisse un acte dangereux. C'est seulement en pareille circonstance que beaucoup de commissaires consentent à prendre le réquisitoire nécessaire et à faire conduire les malades à l'infirmerie du dépôt de la Préfecture de Police. »

On pourrait s'étonner que de pareils faits puissent arriver en dépit de la vigilance des commissaires de police toujours si attentifs à assurer le bon ordre et la sécurité dans leur arrondissement : et en ce qui concerne les aliénés, la loi de 1838 suffit à ce but. Auxiliaire direct du Préfet, le commissaire de police est renseigné de multiples façons, en dehors même de ses agents, sur la présence d'un aliéné dans son quartier, il reçoit les doléances des voisins qui viennent demander protection contre les diffamations et les menaces de celui-ci ; souvent l'aliéné lui même vient l'aviser des sévices imaginaires, des injures, des persécutions dont il se dit l'objet. Il se peut qu'alors, pris entre son désir de respecter la liberté individuelle et son devoir d'assurer la sécurité de ses administrés, ce magistrat hésite à provoquer la séquestration d'un aliéné qui ne lui semble pas dangereux.

Mais la difficulté gît précisément dans l'apprécia-

tion de ce danger et les commissaires de police n'ont ordinairement pas les connaissances, à la vérité trop spéciales, pour discuter cette notion qui ressortit étroitement au domaine de la pathologie mentale ; car le danger, pour ne pas paraître imminent et évident, n'en existe pas moins toujours en puissance dans la main d'un persécuté. Au surplus, ce n'est pas le commissaire qui décide l'internement, mais bien le Préfet, l'article 19 de la loi de 1838 ne donnant au premier ce droit qu'en cas de danger imminent, attesté par le certificat d'un médecin ou par la notoriété publique.

Notre but, en publiant ces observations, n'est pas de critiquer les faits qui en font l'objet, ni les personnes qui y sont mêlées, car ces faits sont dus le plus souvent à un concours de circonstances exceptionnelles ; mais nous avons pensé que le meilleur moyen d'en atténuer la possibilité était de les signaler.

Il faut le dire, la mission d'un officier de police judiciaire est difficile et délicate et en dehors des cas flagrants clairs à tous les esprits ou la manière d'agir ne prête pas à discussion, l'embarras et l'hésitation sont quelquefois très légitimes et trop compréhensibles pour qu'on n'use pas de la plus grande circonspection dans l'imputation d'une responsabilité. Cette parfois trop prudente réserve tient sans doute à des causes très diverses qu'il serait difficile de déterminer ; peut-être la crainte des responsabilités, l'appréhension des campagnes de presse, la multiplicité des fonctions et des occupations, n'y sont-elles pas étrangères ; mais quel qu'en soit le prétexte, elle ne peut qu'être dangereuse, car il n'est pas douteux qu'un grand nombre de crimes ou de délits commis par des insensés libres est dû à cette méconnaissance de l'opportunité de certains internements.

Néanmoins, et toutes réserves posées, nous croyons qu'il y aurait lieu d'attirer l'attention sur ces faits dont l'opinion publique paraît se désintéresser, s'attachant

bien davantage à relever ceux où elle croit trouver une séquestration arbitraire.

Faut-il tirer de tout cela un argument contre la législation actuelle des aliénés ? Nous pensons que la loi de 1838 est suffisante, dans la mesure du possible, à garantir la liberté individuelle comme à assurer la sécurité des personnes. Quelque réforme que l'on en puisse envisager, empêchera-t-on que parfois elle ne soit éludée dans de malheureuses exceptions. Ce serait une utopie de penser qu'une législation, si parfaite fût-elle, les supprimerait, toute loi restrictive ne pouvant que tendre à réduire au minimum les abus qu'elle poursuit.

Les partisans de la réforme de la loi de 1838, jugeant qu'elle permet des atteintes à la liberté individuelle, font presque complètement abstraction des insuffisances au point de vue social de cette loi, ils négligent de demander en même temps qu'on protège plus efficacement la collectivité contre les méfaits des aliénés ; or il semble que si une réforme est nécessaire, c'est bien moins sur un article qui en est encore à attendre la preuve de son imperfection par la démonstration d'une séquestration illégitime que sur celui destiné à assurer d'une façon plus sûrement effective la tranquillité et la sécurité publiques.

M. LE PRÉSIDENT. — En raison de certaines critiques contenues dans ce mémoire, je demanderai à M. Briand si c'est avec son assentiment qu'elles sont formulées.

M. BRIAND. — Loin de formuler aucune critique dans nos commentaires, M. Tissot et moi, nous nous sommes bornés à énoncer des faits que nous considérons comme inévitables, et dont aucun texte de loi ne saurait empêcher le retour. Le commissaire de police se trouve souvent en face de situations particulièrement délicates qui le laissent hésitant entre deux soucis également légitimes : assurer la sécurité publique et

respecter la liberté individuelle. Nous avons pensé que le seul moyen, non pas d'éviter le renouvellement de faits semblables à ceux que nous rapportons, mais d'en diminuer la fréquence, dans une certaine mesure, était précisément de les publier.

M. LE PRÉSIDENT. — Dans ces conditions, le mémoire sera publié *in extenso* dans le prochain numéro de notre *Bulletin*.

La séance est levée à 5 h. 40.

Le secrétaire de la séance,

GRANDJUX.

Séance du 13 juin 1904

Présidence de M. le Dr MOTET

Le procès-verbal de la précédente séance est adopté.

A l'occasion du procès-verbal, MM. Thoinot et Socquet résument des observations de mort par inhibition laryngée, superposables à celle rapportée par M. Brouardel dans la précédente séance. Ces observations seront communiquées *in extenso* à la prochaine réunion.

La Société décide que la séance de juillet aura lieu le lundi 4 au lieu du lundi 11.

M. le PRÉSIDENT fait part à la Société du décès du Dr Gilles de la Tourette, membre titulaire de la Société, dans les termes suivants :

Messieurs,

La Société de Médecine légale de France a perdu, le 22 mai 1904, l'un de ses membres, M. le Dr Gilles de la Tourette, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, médecin des Hôpitaux, notre collègue depuis le 13 février 1888.

Georges Gilles de la Tourette, né en 1857 à St Gervais-les-trois-Clochers, dans le département de la Vienne, meurt à 46 ans, emporté par une longue et cruelle maladie qui, pendant près de quatre années, suivit une marche progressivement envahissante.

Mourir chargé d'années, quand la vie a été bien remplie, c'est la loi naturelle, c'est le repos après la lutte ; mourir jeune encore, à l'heure où toutes les promesses n'ont pas été tenues, par un arrêt fatal de l'activité laborieuse, c'est laisser après soi, dans l'esprit et dans le cœur des contemporains, et surtout des collègues, des amis, les sentiments douloureux d'une perte prématurée

pour eux, les regrets profonds de la fin trop brusque d'une vie d'efforts, de labeur opiniâtre.

C'est de cette existence que je dois vous résumer brièvement les phases :

Gilles de la Tourette fut successivement externe, puis interne des Hôpitaux. — Il eut pour maîtres : Damaschino, M. Brouardel, dont il fut le préparateur au cours de Médecine légale, Charcot, dont il devint le chef de clinique en 1888. — C'est auprès de lui qu'il prit, pour l'étude des maladies nerveuses, un goût très vif et, depuis, ses travaux les plus importants eurent la neuropathologie pour objet. Médecin des Hôpitaux, professeur agrégé de la Faculté de Médecine, il fut, en 1900, le médecin en chef des services de l'Exposition universelle. Il était officier de la Légion d'honneur.

Il a publié de nombreux travaux sur les maladies nerveuses ; très activement engagé dans le grand mouvement parti de l'Ecole de la Salpêtrière sous la direction de Charcot, il collabora au *Progrès Médical* ; il reprit avec son maître, avec le Dr P. Richer, avec le Dr Londe, la publication de la *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, et il y tint une place remarquée. Sa thèse inaugurale, soutenue en 1885, ayant pour titre : « Etudes cliniques et physiologiques sur la marche dans les maladies du système nerveux, étudiée par la méthode des empreintes », lui valut le prix Godard, à la Société de Biologie. La même année, il donnait une étude sur une affection nerveuse caractérisée par de l'incoordination motrice accompagnée d'écholalie et de coprolalie, maladie des tics convulsifs. Puis, vinrent ; une étude sur « Sœur Jeanne des Anges, supérieure des Ursulines de Loudun, autobiographie d'une hystérique possédée », d'après le manuscrit inédit de la Bibliothèque de Tours ; le prof. Charcot en écrivit la préface. — « L'hypnotisme et les états analogues, au point de vue médico-légal ; les suggestions criminelles, les cabinets de somnambu-

les, les sociétés de magnétisme et de spiritisme, l'hypnotisme devant la loi », avec une préface de M. le prof. Brouardel ; — Un « Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie d'après l'enseignement de la Salpêtrière », avec une préface de M. le Prof. Charcot ; « l'hystérie normale ou interparoxystique », qui lui valut le prix Herpin à l'Académie de médecine ; et beaucoup d'autres encore, le dernier fut une plaquette sur l'« Epilepsie », dans laquelle il insista surtout sur les indications thérapeutiques.

Vous vous souvenez, Messieurs, des intéressantes communications qu'il fit devant nous : sur le viol dans l'hypnotisme et les états analogues (aff. Lévy, de Rouen.) ; une observation sur un cas de traumatisme de la moelle, par arme à feu ; sur l'automatisme ambulateur au point de vue médico-légal ; sur les ecchymoses spontanées ; sur l'état mental des hystériques, travail dans lequel, il reprenait pour les exposer, avec le plus vif intérêt pour nous, les opinions de Charcot sur la suggestibilité, les suggestions extrinsèques ou intrinsèques (auto-suggestion). Il nous donna encore, en collaboration avec Damain, l'histoire d'un danseur monomane.

Nos *Bulletins* ont conservé tous ces travaux que vous avez accueillis avec la faveur qu'ils méritaient. J'aurais pu vous en citer beaucoup d'autres encore, je me suis borné à rappeler ceux qui, pour nous, ont un intérêt particulier. Je ne saurais pourtant négliger de signaler la part très grande qu'il prit à l'érection de la statue de Théophraste Renaudot, son compatriote, le fondateur du journalisme, le rédacteur de la *Gazette de France*, dont il raconta la vie dans un livre intitulé : « Théophraste Renaudot d'après des documents inédits — un essai de Faculté libre au XVII^e siècle, les consultations charitables, *Gazette*, etc., etc. — l'Académie Française couronna cet ouvrage.

Cette rapide énumération suffit à donner la mesure

de l'activité laborieuse de Gilles de la Tourette ; activité qui n'allait pas, peut-être, sans amener le surmenage. Il est certain qu'il y eut un moment dans la vie de notre collègue regretté où il ne sut pas s'arrêter, où, présumant trop de ses forces, il les usa. Mais, il avait à peine 35 ans, le succès avait couronné ses efforts, il crut qu'il pouvait tout mener de front : et, comme les succès avaient éveillé les jalousies, l'envie, on a dit de lui qu'il était un ambitieux. Je ne crois pas qu'on ait le droit de reprocher à un homme laborieux les efforts qu'il fait pour arriver plus haut, plus loin, quand il obtient, par les concours, par les moyens honnêtes, des situations d'un accès difficile, et qui donnent à celui qui les a conquises une place d'élite.

La critique eût dû désarmer en face de la terrible catastrophe dans laquelle l'intelligence de Gilles de la Tourette a sombré. Il me semble qu'il n'y avait place que pour la pitié devant de lamentables exagérations délirantes. — Quand on savait quel était l'avenir sombre réservé à ce jeune savant, devait-on oublier quelle avait pu être la cause des troubles de l'intelligence ? Les premiers ont suivi de près un traumatisme cérébral.

Gilles de la Tourette avait reçu, dans son cabinet, un coup de revolver à la région occipitale, tiré par une aliénée. La blessure n'avait pas paru très grave, la balle n'avait pas pénétré. Mais qui sait s'il n'y eut pas, dès ce jour, des lésions légères qui se sont insidieusement étendues ? si l'envahissement du réseau si riche des vaisseaux de la pie-mère, n'a pas déterminé l'excitation intellectuelle dont on constatait tristement chaque jour les progrès. Il fallut enfin l'éloigner du milieu où se produisaient des paroles et des actes compromettants. Et ce fut, pour les siens et pour nous, une épreuve cruelle que cette séparation nécessaire, cet exil, qui durent être maintenus jusqu'à la fin.

Nous, mes chers collègues, nous avons pour ces gran-

des infortunes un respect profond, et, reprenant pour notre compte le mot de Senèque, le philosophe : *Est res sacra miser*, nous nous inclinons, sincèrement émus, attristés, devant la tombe de l'un des nôtres devant la douleur des siens — Nous adressons à Madame Gilles de la Tourette, à ses enfants, nos respectueuses condoléances, l'expression de nos regrets. (*Marques unanimes d'assentiment.*)

COMMUNICATIONS DIVERSES.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne lecture des lettres de remerciements adressées par MM. les docteurs Didier (Rouen) Guilhem (Toulouse), Miran (Lectoure), Pujos (Auch), Lagrange (Chalon-sur-Saône), Dresch (Foix), Quioc (Dijon) élus, dans la séance du 9 mai, membres correspondants de la Société.

Il signale ensuite que M. le Dr Camus, à Bou-Saada, M. Lacour, pharmacien à Oran, et M. le Dr Lallement, à Tunis, membres correspondants de la Société, n'étant plus en résidence dans le ressort de la cour d'Alger, il y a lieu de déclarer deux vacances dans ce ressort et une autre dans le ressort d'Orléans (*Adopté*).

En conséquence, il rappelle que les *vacances déclarées de membres correspondants* sont actuellement les suivantes :

Ressort d'Amiens.....	1	Ressort de Caen.....	2
— d'Alger.....	2	— de Douai.....	1
— d'Angers.....	1	— d'Orléans.....	1
— de Besançon.....	2		

Les médecins, magistrats ou avocats qui désirent poser leurs candidatures doivent en adresser la demande avec l'indication de leurs titres et un exemplaire de leurs travaux, manuscrits ou imprimés, de médecine légale, pour être soumis à la commission spéciale dont M. le Dr Granjux est rapporteur.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL informe la Société que M. le Bibliothécaire de la Faculté de médecine de Lyon lui a

adressé 17 thèses traitant de questions médico-légales et qu'il a reçu également de M. le Bibliothécaire de la Faculté de médecine de Paris 8 thèses récentes de 1903-1904. Ces envois trouveront leur place dans la Bibliothèque de la Société et seront mentionnés et analysés dans un prochain Bulletin sous la rubrique générale : *Bibliographie médico-légale*, sous laquelle il sera désormais rendu compte de toutes les publications offertes à la Société.

Il en sera de même de la thèse de M. le Dr S. Collet : « *L'accouchement spontané rapide* », présentée par M. le professeur Perrin de la Touche, directeur de l'Ecole de médecine légale de Rennes, dans les termes suivants :

« Cette étude sérieuse, bien que forcément succincte à cause de l'ampleur du sujet, constitue une importante revue générale avec nombreuses observations, et pourra, je crois, rendre quelques services aux experts qui y trouveront réunies une série de questions dont beaucoup étaient jusqu'ici éparses çà et là dans la littérature obstétricale et médico-légale. »

M. le professeur E. Perrin de la Touche, membre correspondant de la Société, à Rennes, fait hommage d'une plaque sur la *mort suspecte par rupture traumatique du mésentère*. Il s'agit de la brusque chute d'un employé de chemin de fer du marchepied de la locomotive. Le choc violent du pubis sur l'extrémité du marchepied aurait déterminé directement des lésions pelviennes et, indirectement, par suite de la secousse, la déchirure du mésentère graisseux au niveau de ses attaches postérieures.

« Le mécanisme de rupture du mésentère par contre-coup, — dit M. le professeur Perrin de la Touche, — doit être fort rare, car, il n'est signalé que vaguement, sans exemples à l'appui, dans les ouvrages classiques. Mais, dans l'un d'eux, on trouve que Gross a cité, d'après Derner, le cas d'un hussard chez lequel un saut violent de son cheval détermina une déchirure de l'épiploon longue d'un pouce et demi qui donna lieu à un épanchement de cinq onces de sang dans la cavité du péritoine. Dans cette observation, la mort survint, le lendemain de l'accident ».

M. le SECRÉTAIRE GÉNÉRAL annonce à la Société qu'il a reçu le programme du XV^e Congrès international de médecine, qui se tiendra à Lisbonne du 19 au 16 avril 1906. Il fait re

marquer que ce Congrès comprendra une section spéciale de *Médecine légale* et que toutes communications relatives à ce Congrès peuvent être dès maintenant adressées à M. le professeur Miguel Bombarda, secrétaire général de la commission d'organisation et de propagande à Lisbonne (Portugal).

Il fait enfin part à la Société que la *Commission du Bulletin et de la Bibliothèque* s'est réunie avant la séance et a pris au sujet de cette publication et de la conservation des livres offerts quelques résolutions qui sont insérées dans le présent Bulletin (1).

Membres correspondants. — Candidatures.

M. le Dr GRANJUX présente, au nom de la Commission des candidatures, au titre de membre correspondant de la Société, un rapport qui conclut à la présentation de :

1^o M. G. BAUDRAN, docteur en pharmacie, secrétaire du Conseil d'hygiène de l'Oise, expert près le parquet de Beauvais, comme membre correspondant national.

2^o M. le Dr PIGNAT DE BELLARD, agent consulaire de France à la Ceiba (Honduras), comme membre correspondant étranger.

M. LE PRÉSIDENT. — Conformément aux statuts, l'élection de ces deux candidats sera portée à l'ordre du jour de la prochaine séance.

DES RÉCLAMES MÉDICO-PHARMACEUTIQUES.

Discussion du Rapport de M. G. LEREDU (2).

M. JACOMY. — La question de savoir si les réclames visées dans le rapport de la Commission constituent l'exercice illégal de la médecine me paraît extrêmement délicate, et je

(1) Voir plus loin p. 159.

(2) Se reporter plus haut p. 115 à 121 au texte de ce rapport.

crains qu'on ne se prépare de fâcheuses déceptions si l'on compte sur les Parquets pour les poursuivre, en l'état actuel de la législation.

Tout le monde est d'accord sur la nécessité d'une répression, ou mieux encore, de moyens préventifs à rechercher, dans l'intérêt de la santé publique. Mais, de là à affirmer que l'article 16 de la loi du 30 novembre 1892 permet actuellement d'atteindre ces procédés de réclame, je crois qu'il y a fort loin.

Le délit d'exercice illégal de la médecine ne me paraît pouvoir se constituer sans un *rapport direct et personnel* entre le médecin prétendu et son client, sa victime, si vous aimez mieux. Exercer la médecine, c'est la *pratiquer* et il semble bien qu'on ne puisse la pratiquer que sur des individus *déterminés*. Quand il n'y a pas de rapport personnel avec le client ou le malade, l'acte du pseudo-médecin, indiquant par la voie de la publicité un remède à certaines maladies, n'est simplement qu'une offre, une proposition de médication, dont le lecteur peut, à son gré, user ou ne pas user, et qui peut, par conséquent, aboutir ou ne pas aboutir, sans que le pseudo-médecin puisse avoir aucune influence sur ce résultat final.

Or, il paraît difficile de soutenir qu'il y ait exercice de la médecine là où cet exercice n'a touché personne ; et, d'autre part, il n'est pas possible de dire que le délit existera ou n'existera pas, suivant que l'on aura ou non usé du remède. Qui ne voit, d'abord, les périls d'une pareille recherche ? — Mais, de plus, le délit ne peut ainsi rester *en l'air*. Il existe tout entier dans la réclame elle-même, ou bien il n'existe pas du tout. Il ne peut dépendre d'un élément qui reste en suspens, et qui est indépendant de son auteur, je veux parler de l'acte volontaire et réfléchi du lecteur qui s'approprie le remède ou qui peut le négliger.

Nous sommes en effet, ici, en matière de délits, non en matière de conventions, et il n'y a aucune assimilation possible entre les deux choses.

La législation actuelle, en cette matière, ne me paraît réprimer que l'usurpation d'une autorité médicale pour *prescrire*, c'est-à-dire, en réalité, pour *imposer* directement un remède ou un traitement à un malade qui s'y conformera sans hésitation, à raison même de l'influence que doit nécessairement exercer sur lui un médecin *de son choix*.

Ces idées me paraissent, au surplus, assez nettement in-

l'œdème persiste, il peut survenir des mortifications partielles de la peau ou d'une partie du membre.

5° Blisson ne pourra pas, tant que cet accident ne sera pas guéri, se livrer à un travail debout. Ses membres supérieurs sont libres et il peut s'en servir pour travailler assis ; mais Blisson a 53 ans, il n'a pas d'état et en m'entretenant avec lui je n'ai pas découvert quelles aptitudes il peut avoir pour se livrer à des occupations sédentaires.

Réflexions générales.

M. le Professeur Raymond et moi avons pensé que nous devons faire connaître ce fait à nos collègues experts près des tribunaux, parce que, jusqu'à ce jour, les rapports de ces œdèmes durs et du traumatisme ont été peu étudiés.

Les troubles trophiques, dont l'œdème du tissu cellulaire sous-cutané et de la peau fait partie, ont été signalés après les lésions et les plaies des nerfs. Schwartz les a exposés dans un excellent article (Traité de chirurgie clinique et opératoire, A. Le Dentu et Pierre Delbet, t. IV, p. 71). Les caractères de ces œdèmes diffèrent d'ailleurs sensiblement de ceux dont nous parlons en ce moment.

D'autre part, l'œdème dur blanc a déjà été signalé chez les hystériques par Sydenham (Médecine pratique de Sydenham avec des notes, par feu M. A. Jault (nouv. éd., 5^e partie) Avignon, an VIII, (1799) p. 479); par Brodie (Leçons sur les affections nerveuses locales, op. cit., trad. Franc. de D. Aigre, p. 28); par d'autres auteurs. — Charcot lui a consacré plusieurs de ces Leçons du Mardi, il a joint à la description de l'œdème blanc celle de l'œdème bleu (Charcot: « L'œdème bleu des hystériques », leçons recueillies par G. Guinon, *Progrès médical*, n° 41, oct. 1889. *Idem*. « Clinique des maladies du système nerveux », publiées

par G. Guinon, t. I. 1892, p. 95 et suiv.). — Gilles de la Tourrette a exposé les caractères de ces œdèmes, leur marche (« *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie* », 2^e partie, p. 391-405). — M. Déjerine a décrit les conditions dans lesquelles il se développe (*Séméiologie du système nerveux. Traité de Pathologie générale*, t. V, p. 1050-1900). — MM. Achard et L. Levi ont résumé nos connaissances sur cette question (*Traité de médecine*, Brouardel et Gilbert, t. VIII, p. 633, 1901).

Dans toutes ces relations on trouve des documents relatifs à ces deux œdèmes, blanc et bleu, au cours des affections cérébro-médullaires et de l'hystérie. Malgré mes recherches, je n'ai pas trouvé de cas dans lequel cet œdème ait succédé à un traumatisme. Or quand j'examinai Blisson pour la première fois, avec le D^r Périer, j'avais le souvenir d'avoir lu ou d'avoir appris dans une conversation avec un de mes collègues qu'on avait, à la Salpêtrière, observé des cas d'œdème local, consécutif à un traumatisme léger.

Je m'adressai à M. le P^r Raymond, qui me dit que mes souvenirs étaient exacts, et que lui-même en avait vu quelques cas. L'un d'eux a été communiqué à la Société de Neurologie de Paris dans sa séance du 6 juin 1901 (« *Œdème de la main et du bras gauche chez une hystérique* ». Raymond et Cestan). Dans cette même séance, M. Joffroy et M. Etienne (de Nancy), citèrent des faits analogues.

Après avoir vu Blisson avec M. Ch. Périer, le 9 janvier 1904, j'ai déposé le rapport le 20 janvier 1904.

Le 12 février 1904, M. R. Romne publiait dans la *Presse médicale* un article que j'ai lu avec le plus grand plaisir, car il confirme ce que j'avais dit dans mon rapport. Voici cet article :

L'Œdème dur traumatique de la main.

Il y a deux ans, M. Secrétan (de Lausanne) avait attiré l'attention sur un syndrome clinique très singulier et non encore décrit, auquel il a donné le nom d' « œdème dur traumatique de la main » Celui-ci, d'après la description du médecin suisse, apparaîtrait à la suite d'un traumatisme parfois même insignifiant, du dos de la main ou du pied, prendrait une marche chronique et entraînerait à sa suite une incapacité fonctionnelle de très longue durée.

« La publication de M. Secrétan ne passa pas inaperçue, et bientôt les casse multiplièrent, surtout en Allemagne. Aujourd'hui, dans un article (1) de la *Deutsche medizinische Wochenschrift*, M. Grünbaum a pu réunir une trentaine d'observations qui lui permettent d'esquisser le tableau complet de cette affection, à laquelle il donne le nom de « maladie de Secrétan ».

« L'intérêt qui se rattache à la connaissance exacte de l'œdème dur traumatique est double. Comme cette affection est, dans l'immense majorité des cas, le résultat d'un accident de travail, le médecin peut être appelé à donner son avis sur la question de l'indemnité ou de la rente d'invalidité. En second lieu, si l'on ne connaît pas l'évolution possible du traumatisme vers l'œdème dur, on risque de formuler un pronostic favorable, alors que l'affection va durer pendant des mois et des mois pour aboutir à un état fonctionnel frisant l'infirmité.

« Ce que nous venons de dire trouve sa confirmation dans une observation de M. Grünbaum, d'autant plus intéressante à citer qu'elle servira à illustrer en quelque sorte la description schématique de la maladie décrite par M. Secrétan.

« Il s'agit dans cette observation d'un cordonnier qui,

(1) 17 et 24 déc. 1903.

au cours de son travail, se donne un coup de marteau sur le dos de la main gauche. La main enfle aussitôt, devient douloureuse, et le médecin, croyant avoir affaire à une contusion banale, prescrit des compresses froides et immobilise la main. Ce traitement continué pendant trois semaines ne donne aucun résultat, et le malade entre dans la clinique de mécanothérapie. Là, on trouve la main tuméfiée, dure, douloureuse, et la radiographie ayant montré l'absence de toute fracture, on pratique le massage. Celui-ci ne fait qu'aggraver la situation : la tuméfaction de la main augmente, les douleurs deviennent intolérables, l'impuissance fonctionnelle s'accroît. On revient alors à l'immobilisation, à laquelle on ajoute des douches chaudes. Cette nouvelle médication n'a guère plus de succès que la précédente, et, au bout de quatre mois, le malade quitte l'hôpital pour faire sa demande de rente d'invalidité.

« Coup de marteau ou de tout autre outil, chute d'un corps pesant, souvent même simple effort avec extension forcée de la main, telle est généralement la nature du traumatisme qui aboutit à l'œdème dur du dos de la main. Ce qu'on trouve au début est aussi peu caractéristique que possible. Une tuméfaction plus ou moins étendue et plus ou moins accentuée au niveau du traumatisme, quelques ecchymoses ou suffusions sanguines, de la douleur : c'est tout ce que révèle l'examen le plus attentif, et le diagnostic qu'on fait est celui d'une contusion simple.

« Mais, les jours suivants, la tuméfaction, au lieu de diminuer, augmente, et en même temps elle devient dure, rénitente. Au bout de trois semaines, l'œdème dur, qui, à la palpation donne l'impression d'un coussinet élastique, est constitué. Il occupe le dos de la main, sans empiéter jamais sur la face palmaire, et se confond insensiblement avec la peau de l'avant-bras et des doigts. Il est facile

généralement de déplacer la tumeur œdémateuse et de la faire glisser sur le métacarpe, lequel glissement provoque ordinairement un bruit de crépitation. A son niveau, la peau est sèche, squameuse, luisante, plus ou moins violacée, ne se plisse pas et ne garde pas l'impression du doigt. La sensibilité est toutefois restée intacte. Intacts également sont les mouvements du poignet ; par contre, ceux des doigts, au niveau desquels il existe souvent un œdème mou, sont généralement gênés et douloureux, surtout en cas d'extension tant soit peu forcée. Très caractéristiques encore sont les douleurs qu'on provoque en exerçant une pression sur les métacarpiens ainsi que sur les os du carpe, et l'extrémité inférieure du cubitus et du radius. Et pourtant la radioscopie pratiquée dans un grand nombre de cas, a toujours montré l'intégrité du squelette.

« L'œdème dur persiste généralement deux à trois mois, quoi qu'on fasse, souvent même plus longtemps comme dans le cas de Borchardt où aucune amélioration ne s'est encore manifestée au bout de trois mois et demi, ou comme dans le cas de Grunbaum, où le malade n'a pu reprendre son travail qu'au bout de quatre mois et demi. Et si le malade s'avise de se servir de sa main avant que l'œdème soit complètement disparu, le moindre traumatisme ou effort suffisent pour amener une recrudescence de tous les symptômes. Du reste, dans les mêmes conditions, la récurrence est possible, même après la guérison complète.

« Comme on voit, le tableau clinique de l'œdème dur traumatique est suffisamment caractéristique et, partant, facile à différencier avec d'autres états morbides, comme l'œdème bleu des hystériques ou l'œdème par trophonévrose, ou même la tuberculose des os de la main. En revanche, nos connaissances sur le substratum anatomique de cette affection ainsi que sur sa pathogénie, sont

encore des plus incomplètes et basées, en absence d'autopsies, sur les données fournies d'un côté par la radiographie et de l'autre par l'examen de la masse dure qui a été excisée et notamment examinée chez un malade de M. Secrétan.

« Ce qui frappe, en effet, dans toutes les radiographies, c'est l'apparence moins foncée, presque claire, des ombres correspondant aux os du carpe et du métacarpe, ainsi qu'à l'extrémité inférieure du radius et du cubitus. M. Grunbaum interprète ces ombres claires dans le sens d'une atrophie osseuse. Et comme cette atrophie se manifeste de bonne heure — parfois déjà au bout de trois semaines, — en même temps que l'œdème dur et les troubles trophiques de la peau, il estime qu'elle ressort aux mêmes causes que lesdits troubles, et est consécutive aux troubles circulatoires dont la main malade est le siège.

« Quant à la masse excisée chez le malade de M. Secrétan et dont l'examen histologique n'a malheureusement pas été fait, elle se composait d'un tissu fibreux dense, uniformément dur, de couleur grisâtre, et portait sur sa face inférieure l'empreinte des tendons extenseurs. Elle a donc été formée dans le tissu cellulaire sous-cutané, très probablement aux dépens du sang épanché, qui, au lieu de se résorber, s'est organisé par un processus, lequel, d'après M. Grunbaum, ne serait pas sans analogie avec celui de la myosite ossifiante traumatique.

« Deux mots au sujet du traitement.

« Il est aujourd'hui définitivement établi que le massage qui semblait tout indiqué en pareil cas, est certainement plus nuisible qu'utile. Ce qui réussit le mieux ce sont les applications chaudes. M. Secrétan conseille les bains chauds et les compresses chaudes. M. Borchard commence par immobiliser la main malade pour quelque temps, et fait suivre l'immobilisation de bains d'air

chaud à 50 et 60°. C'est aussi le traitement préconisé par M. Grunbaum, qui le combine avec des injections sous-cutanées de thiosinamine faites au voisinage de la tumeur. »

J'ai tenu, Messieurs, à vous communiquer ces faits parce qu'ils peuvent donner lieu à certaines erreurs de diagnostic et de pronostic.

L'expert peut tout d'abord croire à une simulation. L'œdème occupe en général le fragment inférieur d'un membre, la main, la jambe. L'expert peut penser qu'une ligature un peu serrée placée autour de ce membre explique cet œdème. Les caractères de ce gonflement permettront de porter le diagnostic.

Un chirurgien, cela s'est vu, a pu croire à l'existence d'un phlegmon, ouvrir la tuméfaction, parfois même pratiquer une amputation.

Enfin, dans les expertises provoquées par les accidents du travail, l'expert, en présence du peu de gravité de la contusion initiale, peut conclure à une guérison rapide, qui malheureusement ne se réalise pas dans un grand nombre de cas.

BIBLIOTHÈQUE ET BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ

Séance de la Commission du 13 juillet 1904.

La commission du *Bulletin* s'est réunie au Palais de Justice, le 13 juin 1904, à trois heures et, après avoir entendu les explications fournies par M. le Secrétaire général sur l'état actuel de la bibliothèque de la Société et sur l'inventaire des collections du *Bulletin* à ce jour, les résolutions suivantes ont été prises à l'unanimité des membres présents (1) :

(1) Étaient présents : MM. Ch. Constant, Socquet, Granjux, Floquet et Leredu. MM. Vallon et Briand s'étaient fait excuser de ne pouvoir assister à la séance.

a) *Bulletin de la Société.*

La Commission :

Constate que, après avoir : 1° composé la réserve de notre publication conformément à la délibération du 14 mars 1904 (1); et 2° complété les collections du *Bulletin* des membres titulaires de la société qui lui en ont fait la demande, des facultés de médecine et de quelques autres bibliothèques de Paris, M. le Secrétaire général se trouve dans l'impossibilité d'envoyer des collections complètes du T. IX au T. XVIII aux facultés de droit, aux bibliothèques des cours d'appel et des tribunaux chefs-lieux d'assises, par suite des lacunes qui existent dans les collections qui lui ont été remises, spécialement du T. XV dont il ne reste que 57 volumes de la 1^{re} partie;

Décide toutefois qu'il n'y a pas lieu de faire réimprimer la seconde partie du T. XV, qui ne devrait être tiré qu'à 60 exemplaires seulement pour les réunir aux exemplaires de la 1^{re} partie et surtout parce que le T. X n'existe plus qu'au nombre de 27 exemplaires, ce qui réduirait, en tous cas, à ce chiffre les collections des T. IX à XVIII à distribuer complètes;

Estime néanmoins que M. le Secrétaire général pourra offrir au nom de la Société les collections du *Bulletin*, T. IX à XVIII, avec les lacunes ci-dessus relevées, tant aux facultés de droit qu'aux cours d'appel et aux tribunaux chefs-lieux d'assises;

Autorise enfin M. le Secrétaire général, après les envois ci-dessus indiqués à annuler et détruire tous les autres exemplaires dépareillés du *Bulletin* qui serait alors en magasin.

b) *Bibliothèque de la Société.*

La Commission :

Fait appel à tous les membres de la Société qui ont publié des livres ou des brochures ayant trait spécialement à la médecine légale, ainsi qu'à toute personne, éditeurs, libraires ou médecins qui pourraient disposer d'ouvrages de cette nature, et les prie de vouloir bien adresser à M. le Secrétaire général un exemplaire de ces publications pour enrichir la Bibliothèque de la Société;

Décide que toutes les publications ainsi reçues seront timbrées au nom de la Société et cataloguées, après avoir été mentionnées, au besoin avec une analyse sommaire, au *Bulletin* de la Société.

Il est entendu que les livres composant la Bibliothèque de la Société ne pourront être communiqués, même sur place, qu'avec une autorisation visée par M. le Secrétaire général.

(1) Voir le *Bulletin*, plus haut, p. 32-33.

Séance du 4 juillet 1904.

Présidence de M. le Dr MOTET

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté sans observation.

M. le Président donne lecture d'une lettre de M. le prof. Brouardel demandant à la Société de vouloir bien désigner un ou plusieurs membres pour faire partie du Comité français de propagande en vue du XV^e Congrès international de médecine qui se tiendra à Lisbonne en avril 1906.

Sont désignés : MM. Wallon et Ch. Constant.

La Société décide ensuite que, selon l'usage, la *séance d'août* n'aura pas lieu.

M. le SECRÉTAIRE GÉNÉRAL annonce que l'appel fait en faveur de la reconstitution de la bibliothèque de la Société a été entendu, non seulement du ministère du Commerce, qui vient de nous adresser quatre volumes relatifs à la législation et à la jurisprudence sur les accidents du travail, mais encore des éditeurs.

La maison Storck et C^{ie}, de Lyon, nous a fait don des deux derniers volumes parus des *Archives d'anthropologie criminelle* (années 1902 et 1903) et nous continuera désormais l'envoi de cette publication.

D'autre part, MM. Marchal-Billard, de Paris, regrettant que leur maison n'édite pas de livres de médecine légale qu'elle se serait empressée de nous offrir, nous a adressé néanmoins deux volumes du *Manuel pratique d'instruction judiciaire* du Dr Hanus Gross, conseiller de justice à Graz (Autriche), traduit par MM. Bourcart et Wintzweiler.

Nous avons reçu également de l'Université impériale de Tokio (Japon) une intéressante communication de la Faculté de médecine de cette ville sur la *Mensuration des soldats chinois*, par M. le professeur Y. Koganée. Mentionnons enfin le *Recueil des Actes du Comité médical des Bouches-du-Rhône*, d'avril 1903 à avril 1904, qui forme le 42^e volume de la collection de cette intéressante publication.

Elections de membres correspondants.

M.G. Baudran, docteur en pharmacie, expert près le parquet de Beauvais, est élu membre correspondant national.

M. le Dr Pignat de Bellard, agent consulaire de France à la Céiba (Honduras), est élu membre correspondant étranger.

LES RÉCLAMES MÉDICO-PHARMACEUTIQUES.

(Suite de la discussion du Rapport de M. G. Leredu.)

M. G. LEREDU dit qu'il n'a pas cru devoir rédiger un rapport supplémentaire, ainsi que M. le Président avait paru le désirer dans la dernière séance (1), mais il demande à présenter quelques observations.

Après la discussion qui s'est ouverte à la séance dernière sur les réclames médico-pharmaceutiques, — dit-il — il ne me semble pas téméraire d'affirmer que nous sommes d'accord unanimement pour désirer trouver le moyen de mettre un terme à cet usage immodéré des articles à apparence scientifique, qui s'étalent dans les journaux et qui constituent un grave danger pour la santé publique.

Votre commission avait cru que la loi du 30 novembre 1892 lui permettait d'atteindre ceux qui, n'étant pas médecins, rédigent de tels articles, lesquels articles sont des réclames, s'ils contiennent aussi une véritable indication de traitement. Mais, à notre dernière séance, nous avons entendu les observations de notre collègue, M. le conseiller Jacomy, qui nous a annoncé que nous nous préparions de fâcheuses déceptions, si nous comptions sur les Parquets pour poursuivre les auteurs de ces réclames, en l'état actuel de la législation.

D'après notre collègue, il n'y aurait pas, dans les faits indiqués, d'exercice illégal de la médecine, parce que, pour qu'il y ait exercice illégal de la médecine il faut un *rapport direct et personnel* entre le prétendu médecin et le malade, alors qu'il n'y a rien de tel dans l'acte de l'auteur de la réclame ; que de la part de celui-ci la seule chose qu'on relève, c'est

(1) Voir le *Bulletin*, plus haut, p. 148.

une proposition de médication, c'est une offre, dont le lecteur est toujours libre d'user ou de ne pas user.

Que notre distingué collègue me permette de lui dire que sa théorie est bien spécieuse.

Il semble avoir laissé aux mots d'*ordonnance*, de *prescription* leur sens rigoureux — j'allais dire autoritaire — qu'ils avaient autrefois.

Mais, à notre époque, il n'y a guère qu'à l'hôpital que ces mots conservent toute leur valeur, parce que là le médecin qui rédige l'ordonnance, qui établit la prescription, a ses propres agents d'exécution ; mais, en toute autre circonstance, le malade qui vient chez le médecin lui demander ses soins est libre d'exécuter la prescription ou de la laisser éternellement dormir — cela ne regarde que lui seul.

Or, si c'est à un faux médecin que ce malade est venu s'adresser, viendra-t-on dire que ce faux médecin n'a pas commis l'exercice illégal de la médecine, parce que le délit est resté *en l'air*, le malade n'ayant pas usé du remède ordonné ou de la prescription indiquée ?

Pour nous, il nous semble que le fait d'indiquer un traitement, c'est-à-dire pour reprendre les expressions de la jurisprudence « *tout acte ou conseil tendant à la guérison ou à l'atténuation d'un état de malaise ou de maladie* », alors qu'on n'a pas de diplôme de médecin, constitue par lui seul l'exercice illégal de la médecine ; que l'article ou la réclame qui contient ce traitement constitue par lui-même un acte de médecine — illégal si l'auteur n'est pas médecin — ; que le délit existe dans la réclame elle-même. Il nous semble que ce délit enfin, au lieu de disparaître parce qu'il s'adresse à des inconnus, est au contraire aggravé par ce fait même.

Nous pensons donc qu'avant de nous adresser au législateur pour lui demander de renforcer la loi de 1892, il convient de demander aux tribunaux de décider si cette même loi de 1892 ne lui permet pas d'atteindre et de frapper les auteurs des réclames médico-pharmaceutiques, alors que ces réclames constituent de véritables traitements. Au cas où les Parquets ne voudraient pas poursuivre, nous serions désireux de voir les Associations médicales prendre l'initiative des poursuites. Aussi je vous laisse le soin d'apprécier s'il n'y a pas lieu de maintenir les conclusions que nous avons formulées dans notre rapport (1).

(1) Voir plus haut p. 119 et 120.

M. JACOMY. — Je ne puis me rallier aux nouvelles observations de M. Leredu.

La question, remarquons-le bien, n'est pas ici de savoir si les annonces ou les réclames que nous cherchons à atteindre peuvent ou non être érigées en délit. Il est évident que le jour où une disposition de loi viendra les atteindre, le délit sera créé de toutes pièces, sans qu'il y ait à se demander autre chose. La loi pénale crée les délits qu'elle veut, et le délit est toujours, abstraction faite de la nature malfaisante de l'acte qui le constitue, une création arbitraire du législateur. Il lui arrive d'ériger en délits des actes qui ne sont pas coupables en eux-mêmes : tel le fait de n'avoir rien à se mettre sous la dent et de n'avoir pas de domicile, qui n'est assurément pas criminel en lui-même, et dont la loi fait pourtant le délit punissable de vagabondage. De même, il lui arrive de laisser impunis des actes qui sont criminels de leur nature, tels que le vol entre ascendants et descendants, ou encore entre époux. Il est donc bien certain qu'une réclame médicale ou pharmaceutique peut être atteinte par la loi pénale, indépendamment de ses résultats ou de ses conséquences.

Mais ce n'est point là ce que nous recherchons en ce moment. Il s'agit de savoir si les réclames en question tombent actuellement sous le coup d'un texte répressif, et notamment de la disposition relative à l'exercice illégal de la médecine. Pour résoudre la question, il faut nous placer en présence de l'article 16 de la loi du 30 novembre 1892. Or cette disposition énonce que pour exercer illégalement la médecine, il faut, alors qu'on n'est pas pourvu d'un des diplômes visés, *prendre part, habituellement ou par une direction suivie, au traitement des maladies, etc., etc.* Il faut donc deux éléments pour constituer le délit : 1° une participation effective au traitement des maladies, 2° une participation qui soit, en outre, *habituelle ou continue*. Or ces éléments me paraissent également faire défaut dans les réclames en discussion.

D'abord, il me paraît bien difficile de trouver la participation effective au traitement dans une réclame lancée au hasard, qui s'adresse à tout le monde en général et à personne en particulier, dont le lecteur peut user ou ne pas user à son gré. La vérité est que la réclame met à sa portée un moyen de se traiter lui-même ; mais il me paraît qu'il n'y a pas là une participation directe au traitement.

En tout cas, la participation habituelle ou continue fera le plus souvent défaut, chaque fois tout au moins que l'on se trouvera en présence d'une annonce unique, ou d'une première annonce, et je suppose que vous cherchez à atteindre celle-là comme les autres.

J'entends bien que le rapport vous propose, pour résoudre la difficulté, de dire qu'une seule annonce, publiée dans un seul numéro de journal, constitue l'exercice habituel, sous ce prétexte que la consultation contenue dans la réclame est renouvelée autant de fois qu'il y aura de lecteurs auxquels ce numéro de journal (ou la brochure, s'il s'agit de brochure), sera parvenu. C'est assurément une théorie ingénieuse ; mais outre qu'elle est ici directement contraire au texte même et à l'esprit de l'article 16 de la loi du 30 novembre 1892, qui ne frappe et ne veut frapper que les répétitions successives, la réitération de l'acte délictueux *de la part* du délinquant, je dois ajouter que cette théorie rigoureuse de l'habitude, pouvant résulter d'un seul acte atteignant plusieurs personnes, a été condamnée, la semaine dernière, par la Chambre des appels correctionnels de la Cour de Paris, dans l'affaire tristement célèbre des scandales du boulevard Montparnasse.

Pour conclure, j'estime que, dans l'état actuel de la législation, on ne peut pas atteindre ces réclames dangereuses, car s'il en résulte des conséquences fâcheuses, on pourra toujours répondre que le malade s'est à tort appliqué un remède qui ne lui convenait pas, ou a mal dirigé un traitement qui aurait pu être efficace dans des mains plus expertes. Quant à l'escroquerie, il n'en pourrait être question que si le prétendu remède n'était qu'un remède imaginaire. Or, le plus souvent, le remède ou le traitement indiqué peut-être très dangereux, surtout par l'inexpérience de celui qui l'emploie, n'est point dépourvu d'efficacité, car il est en général emprunté aux ouvrages de véritables autorités médicales, et simplement démarqué pour le revêtir d'un nom commercial ou d'une étiquette fantaisiste qui en assure la propriété exclusive à son usurpateur.

Pour remédier à cette situation assurément dangereuse, il y a un moyen, mais il faut le créer de toutes pièces, c'est une disposition additionnelle à ajouter à la loi de 1892, pour proscrire toutes réclames médicales par la voie des annonces, affiches ou brochures distribuées, et non seulement les réclames se présentant sous les auspices d'un individu non

diplômé, mais aussi toutes celles qui seraient présentées par des médecins diplômés, en dehors, bien entendu, des publications purement médicales et scientifiques, qu'il sera toujours facile au juge de reconnaître.

En effet, le danger, le vrai danger, réside encore moins dans le remède préconisé que dans l'ignorance de ceux qui s'en servent, ou qui peuvent s'en servir, sans recourir à un médecin pour en surveiller l'emploi ; et ce danger-là existe dans tous les cas. Ce qu'il faut atteindre, en un mot, c'est toute espèce de charlatanisme médical, se produisant par tous les procédés habituels de publicité, en dehors des publications exclusivement médicales.

M. BROUARDEL. — Dans les séances préparatoires où a été élaborée la loi du 16 novembre 1892 il a été beaucoup parlé du mot « habitude ». Il me semble que la répétition d'un même acte peut constituer l'habitude. Beaucoup de préparations préconisées par les journaux peuvent déterminer la mort. Personne ne réclamera ; les parents du mort se diront : « C'est de sa faute s'il a cru à un journal ». Enfin, il y a escroquerie parce qu'on annonce souvent la présence de médicaments actifs qui ne s'y trouvent pas.

M. ROCHER. — Aux objections présentées par M. Jacomy et réfutées, ce me semble, absolument par notre collègue, M. Leredu, qu'il me soit permis de répondre par la jurisprudence elle-même.

M. F. Dubrac, président du Tribunal civil de Barbezieux dans un *Traité de jurisprudence médicale et pharmaceutique* (édition 1893) traite la question et considère comme devant être réprimée toute publication, par une personne non diplômée, d'un livre ou de brochures (et par suite d'articles de journaux) contenant des formules et ordonnances médicales.

Du reste, le mot « traitement », qui paraît préoccuper au point de vue de sa définition, semble résulter de plusieurs décisions judiciaires qui ont déclaré : que le mot « traitement » (art. 16 loi du 30 novembre 1892) est général et doit être entendu de tout acte ou conseil tendant à la guérison ou à l'atténuation d'un état de malaise ou de maladie (1), et la Cour de Cassation, dans un arrêt du 29 décembre 1900, a décidé que le « *délit d'exercice illégal de la médecine* » résulte de

(1) Lille, 8 juillet 1897 ; C. de Paris, 13 mars 1899 ; C. de Paris, 16 mars 1900.

tout mode de traitement, pourvu qu'il soit habituel et suivi, alors même qu'il n'y aurait prescription d'aucun médicament ni recours à aucune opération chirurgicale. »

Dès lors, il semble bien que les réclames dans les journaux, qui nous occupent en ce moment, présentent au premier chef des « *traitements* » et, par suite, doivent tomber comme « *délits* » sous l'application de l'article 16 de la loi de 1892.

M. JACOMY. — Les documents de jurisprudence qui viennent d'être cités s'appliquent à une personne donnant une consultation dans son cabinet. Il n'en est pas de même des réclames, quelque néfastes qu'elles soient.

M. ROCHER. — Toutes les fois qu'un charlatan fait une réclame dans laquelle il s'engage à répondre aux lettres des personnes qui le consulteront, il commet l'exercice illégal de la médecine. Il en est de même pour celui qui, habituellement, préconise à tout le monde un traitement médical.

M. DEMANGE. — Le danger est certain : il y a une lacune dans la loi ; je suis à cet égard de l'avis de M. Jacomy. La seule façon d'en sortir est de signaler au gouvernement cette importante lacune de la loi du 16 novembre 1892. Le rapport de M. Lerebûd expliquerait suffisamment les faits.

M. LAUGIER. — Les réclames des journaux de médecine tomberont-elles sous le coup de loi ?

M. GRANJUX. — Le danger des réclames des journaux politiques résulte de ce qu'elles s'adressent à des personnes étrangères à la médecine. Les réclames des journaux de médecine s'adressent uniquement aux médecins, qui sont évidemment compétents pour les apprécier.

M. CHASSEVANT et BROUARDEL expriment l'avis que la question en discussion n'est nullement applicable aux journaux de médecine.

La discussion étant épuisée, personne ne demandant plus la parole, la résolution suivante, rédigée par le rapporteur et le secrétaire général, est mise aux voix :

Les réclames médico-pharmaceutiques, — qui décrivent les symptômes d'une maladie, en font connaître la marche et les conséquences, la nomment et indiquent le remède et son emploi, comme devant amener la guérison ou une atténuation dans l'état du malade, — constituent un danger public, et il y a lieu, dès

lors de demander au législateur d'étendre aux auteurs de ces réclames les dispositions de l'article 16 de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice illégal de la médecine.

Cette résolution est votée à l'unanimité. — M. le Secrétaire général est chargé de la transmettre au Gouvernement et au Parlement, en y joignant le rapport de M. Leredu et la discussion à laquelle ce rapport a donné lieu.

UNE NOUVELLE CONCEPTION DE LA RESPONSABILITÉ DES EXPERTS

Par M. GRANJUX.

Dans la discussion, à la Chambre des députés, de la loi sur le service militaire, le rapporteur, M. Berteaux, a émis, à propos de durée de la responsabilité des experts, une théorie qui nous paraît aussi inexacte que dangereuse. Voici les paroles prononcées par cet orateur :

Les jeunes gens ont le droit de se présenter à la commission préparatoire d'examen munis de tous les certificats dont ils ont besoin : certificats des médecins traitants, certificats des médecins consultants ; ils ont le droit de tout apporter, et la commission a le devoir de prendre connaissance de ces attestations ; non seulement elle ne peut pas les négliger, mais elle est obligée d'en prendre acte et de les annexer au procès-verbal des opérations.

Ces pièces, le conseil de revision en aura ensuite connaissance, et, par conséquent, vous voyez que la responsabilité des médecins militaires serait gravement engagée, le jour où ils passeraient outre à des certificats de ce genre, sans un très minutieux examen.

Si plus tard, en effet, le jeune homme est reconnu impropre au service militaire, s'il est atteint, au cours de son service, d'une maladie qui soit attribuable à un état physique signalé à la commission préparatoire et au conseil de revision, la responsabilité des médecins militaires se trouvera nettement établie.

Ni M. le Ministre de la Guerre, ni M. le Garde des Sceaux ne se sont levés pour combattre cette étrange affirma-

tion ; aucune voix n'a protesté contre elle. Et cependant cette responsabilité à longue échéance de l'expert ne saurait être acceptée, car elle est en contradiction avec l'enseignement de chaque jour. Le pronostic du médecin ne peut porter avec une certaine exactitude que pendant un temps limité, nous dirions volontiers très limité. Voici, à l'appui, un fait qui me semble des plus suggestifs.

Un jeune homme, un an et demi avant le moment de tirer au sort, fit, à la suite d'une grippe, une poussée tuberculeuse du sommet d'un poumon. Il fut soigné par un des plus distingués médecins des hôpitaux, jouissant d'une réputation toute spéciale pour les affections pulmonaires. Quand vint le moment du conseil de révision, le maître et moi donnâmes un certificat constatant ce qui s'était passé l'année précédente et, bien que le jeune homme ne présentât plus aucun signe à l'auscultation, il fut ajourné.

L'année suivante, je fus d'avis de demander encore un ajournement ; mon confrère, au contraire, estimait l'enfant assez bien guéri pour pouvoir affronter sans danger la caserne. Le père se rangea à cet avis et son fils fut pris.

La première année du service militaire se passa très bien, mais au cours de la seconde la tuberculose reparut si nettement qu'on dut réformer le jeune homme.

Quand on voit un clinicien aussi avisé, ayant tout le temps d'examiner son malade et dans les meilleures conditions, se tromper ainsi, quand on voit un pronostic aussi judicieusement, aussi consciencieusement établi, complètement infirmé en moins de quinze mois, comment peut-on prétendre obliger l'expert près un conseil de révision à rendre un jugement *ne varietur* pendant des années.

La théorie développée par M. le rapporteur est donc irréalisable, dangereuse à tous égards, et il me semble que la Société de médecine légale — si tel est son avis

— rendrait service au pays en faisant connaître à qui de droit son opinion à cet égard.

M. le professeur BROUARDEL. — M. Granjux a tout à fait raison. Il est impossible d'imposer pareille responsabilité à l'expert. Dans ces conditions, il serait en réalité obligé, pour se mettre à couvert, de réformer tout individu ayant un certificat médical constatant une maladie quelconque.

Ainsi, les théories actuelles, celle de Behring par exemple, veulent que chaque homme ait dans un coin de son organisme un foyer tuberculeux, un ou plusieurs ganglions contenant dès l'enfance des bacilles de Koch ; chez les uns, ces foyers restent inactifs toute la vie ; chez d'autres un accident, quelconque les met en évolution. Il est impossible de savoir à qu'elle catégorie appartient un conscrit, tous devraient donc être réformés et il n'y aurait plus d'armée possible.

Nous savons tous combien, pour une même maladie, le pronostic est variable suivant l'individu, sans que nous ayons les éléments qui permettent d'apprécier, de déterminer à l'avance cette variabilité.

J'appuie donc la proposition de M. Granjux et estime que la Société de médecine légale doit s'élever contre la théorie émise par M. Berteaux et en démontrer le danger, pour l'expert et pour l'armée elle-même.

La Société, partageant l'avis des deux orateurs, vote à l'unanimité les conclusions suivantes présentées par M. Granjux :

La Société de médecine légale,

Considérant, d'une part, que M. le rapporteur de la commission de l'armée a déclaré à la Chambre des députés que si un jeune homme, pris bon au conseil de revision malgré un certificat d'un médecin civil, est plus tard reconnu impropre au service militaire, s'il est atteint, au cours de son service, d'une maladie qui soit attribuable à un état physique signalé à la commission préparatoire et au conseil de revision, la responsabilité des médecins militaires se trouvera nettement établie ;

Que la présente conception de la responsabilité des experts n'a soulevé à la Chambre des députés aucune objection, soit des membres du gouvernement, soit des députés :

Considérant, d'autre part, que tout jugement porté par un expert médical présente d'autant plus de certitude qu'il s'agit du présent et ne peut engager l'avenir que pour un temps rapproché et fortement limité ;

Estime : qu'il y a lieu de protester contre la théorie de la responsabilité tardive des experts, émise par M. le rapporteur de la commission de l'armée, comme dangereuse et irréalisable dans la pratique.

M. le Secrétaire général voudra bien porter cette protestation à la connaissance de la Commission de l'armée, aux présidents de la Chambre des députés et du Sénat, et au Ministre de la Guerre.

La Société se forme ensuite en comité secret pour examiner une question spéciale concernant l'un de ses membres.

La séance est levée à 5 heures 40.

Le Secrétaire,
Marcel BRIAND.

UN CAS DE MORT PROBABLE PAR INHIBITION LARYNGÉE (INCULPATION DE MEURTRE PAR STRANGULATION A LA MAIN).

Par le D^r L. THOINOT.

Dans l'avant-dernière séance de notre Société, M. le Professeur Brouardel a rapporté plusieurs cas où la mort attribuée à la strangulation à la main lui a paru devoir être rapportée au mécanisme de l'inhibition laryngée (1).

Voici un cas observé par nous, en 1903 et qui nous semble absolument comparable à ceux produits devant la Société par notre éminent collègue.

Notre cas peut se résumer en deux mots : un individu est accusé d'avoir étranglé sa femme ; lui-même avoue qu'il l'a étranglée. L'autopsie ne montre aucune lésion locale de strangulation et, dans notre rapport, nous concluons contre la strangulation et faisons valoir la probabilité d'une mort par inhibition laryngée.

Le juge d'instruction termina l'affaire par une ordonnance de non-lieu.

Voici maintenant l'exposé détaillé ; il est contenu dans les deux pièces suivantes :

(1) Voir le *Bulletin*, plus haut, p. 77 à 114.

1^o Déposition de l'inculpé P... devant le Juge d'Instruction (partie ayant trait à la scène du soi-disant meurtre).

2^o Notre rapport en date du 24 août 1903.

A) *Déposition de l'inculpé P....*

.... « Ma femme a couru alors dans la cuisine ; elle est revenue comme une furie, armée d'un balai, et m'en a porté un coup violent sur le bras que j'avais placé en parade pour me garantir la tête.

« En même temps elle me criait : « Tu es un fainéant, « un lâche, tu as peur d'une femme : je te hais ! »

« C'est alors que, portant les mains en avant dans sa direction pour éviter de nouvelles violences, je l'ai saisie, dans un mouvement d'énervement et de colère, à la gorge. Je l'ai maintenue quelques instants et nous sommes tombés tous les deux sur la descente du lit. Quand je l'ai lâchée, *elle ne bougeait plus*. Je ne puis dire *combien de temps j'ai maintenu ma femme*. Je croyais qu'elle était seulement étourdie, et je suis allé dans la cuisine chercher une bouteille de vinaigre dont je lui ai mouillé les tempes pour la ranimer. Devant la stérilité de mes efforts, j'ai couru chercher un médecin qui était en visite à côté de chez moi, et je lui ai déclaré : Je viens d'étrangler ma femme ! Le médecin a cherché à ranimer ma femme, mais elle était morte..... etc., etc...

B) *Rapport médico-légal du 24 août 1903.*

Le cadavre est en état de bonne conservation relative ; les lividités cadavériques hypostatiques y sont très accentuées. On relève sur la surface cutanée les traces de violence suivantes :

a) Au cou, à droite, à un centimètre au-dessus du larynx, et près de la ligne médiane, une égratignure, horizontale, n'ayant nullement la forme d'une plaie par coup d'ongle, de huit millimètres de long.

Notons expressément ici qu'il n'existe au cou *aucune autre trace de violences, ni ecchymoses, ni plaie d'aucune sorte* ;

b) Une plaque ecchymotique noir violet à la face antéro-interne de l'avant-bras droit, près du coude, plaque sans forme régulière, allongée, de huit centimètres de long sur cinq de large.

c) A la pointe du coude droit même, une ecchymose noir violet, de la dimension d'une pièce d'un franc.

Ces deux plaques sont largement doublées de sang épanché et coagulé dans le tissu cellulaire sous-cutané.

L'autopsie donne les résultats suivants :

La dissection des plans profonds du cou sur les parties antérieures et latérales ne montre aucune ecchymose, aucune déchirure vasculaire : le tissu cellulaire et les muscles se présentent dans cette région avec leur aspect absolument normal.

L'os hyoïde est intact.

Au larynx aucune fracture ; il n'y a à noter ici qu'une ecchymose irrégulière ; d'à peine un demi-centimètre de large et de haut, siégeant du côté gauche au-dessous de la corde vocale inférieure, sur la muqueuse et dans le tissu cellulaire sous-muqueux.

Trachée intacte.

Les deux poumons sont de couleur violacée dans les parties déclives, ce qu'on peut attribuer à la position du cadavre (congestion pulmonaire par stase cadavérique, c'est-à-dire *post mortem*). Les parties non déclives sont d'aspect normal.

Il existe, sur les deux poumons, un très grand nombre d'ecchymoses sous-pleurales formant un remarquable pointillé répondant absolument à la description des taches de Tardieu.

Pas d'ecchymoses sous-péricardiques :

Le cœur, normal dans ses valvules et ses diverses

parties constituantes, est *complètement vide de sang*.

Ni caillot, ni embolie dans les artères pulmonaires.

Les reins sont très congestionnés dans leur ensemble et surtout au niveau des pyramides.

Il n'existe aucune congestion, aucun piqueté hémorragique des méninges ou de la substance nerveuse de l'encéphale.

En résumé : Autopsie *négative*, à l'exception d'ecchymoses sous-pleurales nombreuses, en tant que lésions internes, d'une égratignure insignifiante au cou et de deux ecchymoses au membre supérieur droit, en tant que lésions externes.

Il nous faut maintenant rechercher les causes de la mort. Cette recherche doit se baser sur : a) les circonstances de la mort ; b) les lésions trouvées à l'autopsie.

Des circonstances de la mort nous savons ceci : la dame P..., a été serrée à la gorge et elle est morte aussitôt après.

Cette donnée éveille immédiatement l'idée de la mort par *strangulation à la main*.

Or la strangulation ne peut être scientifiquement prouvée que si l'autopsie révèle les lésions caractéristiques de la strangulation.

Ces lésions sont de deux ordres :

a) Lésions locales sur la peau et dans le tissu profond du cou, consistant en traces d'ongles, ecchymoses, déchirures musculaires, etc... ;

b) Lésions pulmonaires, et lésions générales d'asphyxie.

Or, dans le cas présent, les lésions locales sur la peau du cou, et dans les tissus profonds du cou, manquent absolument ; et des lésions pulmonaires et d'asphyxie, les premières seules sont représentées et dans une faible mesure.

Nous pouvons donc nettement conclure :

La mort par strangulation à la main n'est pas scientifiquement prouvée.

Dès lors deux hypothèses sont seules en présence :

1° Il s'agit d'un cas anormal où la strangulation réelle n'a pas laissé de traces locales.

On ne peut, en médecine légale pratique, faire fond sur les cas anormaux et les admettre comme ayant la valeur démonstrative exigible en justice. Il n'y a donc pas lieu d'insister.

2° La mort est *accidentelle* et elle est survenue par le mécanisme de l'*inhibition*.

On sait que certains coups légers, *n'étant pas de nature à entraîner par eux-mêmes aucune conséquence grave*, entraînent la *mort subite* lorsqu'ils sont appliqués en certaines régions, telles que le larynx, le creux épigastrique, etc.... C'est la *mort par inhibition*.

Il ne répugne pas d'admettre ici que que la dame P. prise à la gorge — sans que la striction éprouvée fût de nature à déterminer l'asphyxie par strangulation, avec occlusion des voies respiratoires et lésions locales du cou — ait succombé à la mort subite par inhibition, le traumatisme réunissant ici les conditions nécessaires pour causer cette mort, puisqu'il portait sur le larynx.

C'est là l'hypothèse qui se présente comme la plus plausible puisqu'il est acquis que : d'une part, la dame P... a été prise à la gorge ; et d'autre part que l'autopsie ne nous a pas montré les lésions locales du cou, qui auraient été la conséquence *nécessaire* d'une *striction forte* exercée par les doigts du meurtrier.

En résumé ;

1° Il n'est nullement démontré par l'autopsie que la dame P.. ait succombé à la strangulation à la main ;

2° L'hypothèse d'une mort accidentelle subite par inhibition n'est nullement improbable.

Secret professionnel des médecins.**Etendue de l'obligation. — Faits auxquels elle s'applique.**

Un jugement du tribunal civil de Rennes (2^e chambre), en date du 12 juin 1903, a décidé, conformément d'ailleurs à une jurisprudence qui s'affermir tous les jours, surtout depuis l'arrêt de la cour de Cassation du 10 décembre 1885, que, si le médecin est lié par le secret professionnel en ce qui concerne les faits qui lui ont été communiqués confidentiellement ou qui sont confidentiels par nature, il n'en est plus de même en ce qui concerne les faits qui sont parvenus à sa connaissance à l'occasion de l'exercice de sa profession, mais ne se rapportent pas directement à l'étude du malade ou à sa maladie.

Spécialement, tandis que le médecin a pour obligation de taire le méfait commis par son client ou par un membre de sa famille et qu'il découvre en leur donnant des soins, il ne peut s'abstenir d'informer la justice de l'attentat commis sur son client par un tiers.

« En imposant à certaines personnes l'obligation du secret — dit le tribunal de Rennes — le législateur a eu pour but d'assurer la confiance que doivent inspirer certaines professions et de garantir l'honneur et le repos des familles ; mais l'article 378 n'a pas eu pour résultat de créer un privilège nouveau pour toute une catégorie de citoyens, aucune profession n'étant dispensée de témoigner en justice ; il serait exorbitant de soutenir que, en matière de témoignage, la qualité de médecin chez l'homme de l'art domine toujours et fait disparaître celle de simple citoyen.

« Pour le médecin appelé en témoignage, il faut distinguer deux catégories de faits, ceux qui lui ont été com-

muniqués confidentiellement ou qui, suivant l'expression de M. le conseiller rapporteur Tanon dans l'affaire Watelet (arrêt de 1885, précité), sont confidentiels par nature, et ceux qui sont parvenus à la connaissance du médecin à l'occasion de l'exercice de sa profession, mais n'ont pas trait au malade ou à la maladie, qui sont, en un mot, des faits extra-médicaux et n'ont, par suite, aucun caractère confidentiel ; les premiers sont, ainsi qu'il était écrit dans les anciens statuts de la Faculté de Paris *ægrorum arcana, visa, audita, intellecta*, que personne ne peut dévoiler et que le médecin a non seulement le droit, mais le devoir de se refuser à faire connaître ; il ne saurait être fait application de cette règle du silence aux faits connus du médecin même dans l'exercice de sa profession, mais qui ne se rapportent pas directement à l'état du malade ou à sa maladie, ne sont confidentiels ni par leur nature, ni par la recommandation du malade.

« Le secret professionnel a été institué, en effet, dans l'intérêt des malades ou de leurs familles et non en faveur des tiers ; si notamment, le médecin a pour obligation de taire le méfait commis par son client ou un membre de sa famille et qu'il découvre en leur donnant ses soins, il ne peut s'abstenir d'informer la justice de l'attentat commis sur son client par un tiers ; telle semble bien être la portée de l'article 378 du Code pénal, qui n'interdit aux personnes dépositaires de secrets professionnels que les révélations indiscrètes..... »

Dans l'espèce soumise au tribunal civil de Rennes, à propos d'une enquête ouverte, les parties en cause voulaient interroger les médecins de l'une d'elles sur les faits suivants.

1^o Mme P., malgré son grand âge, avait une santé excellente et un tempérament vigoureux et depuis trois ans elle n'avait jamais été malade.

2° En particulier toute la semaine qui avait précédé le 24 janvier 1902, elle avait été bien portante.

3° Ayant pris un rhume, elle fit le 24 janvier demander, chez M. G. pharmacien, une potion calmante.

7° Vers 11 heures du matin, le 25 janvier, Mme P. fut prise de vomissements violents.

8° Dès le début, elle eut la figure et les mains, notamment les ongles, violacés, le tour des yeux et les lèvres noircis, elle fut prise d'un tremblement convulsif excessivement violent accompagné de sueurs, elle avait la bouche desséchée, une soif ardente.

9° Dès les efforts que provoquèrent le premier vomissement, les yeux s'injectèrent de sang, devinrent fixes et hagards, et elle perdit la vue, disant à une personne qui se trouvait près d'elle : « Je ne vous vois plus ».

10° Les vomissements continuèrent sans interruption pendant trois jours, et ensuite à des intervalles irréguliers pendant six jours.

16° Un oculiste fut appelé ensuite à donner des soins à Mme P., mais ne put lui faire recouvrer la vue.

17° Pendant longtemps, la pupille des yeux de la demanderesse resta durcie comme de la pierre.

18° Elle fut pendant un certain temps menacée d'une méningite.

19° Pendant longtemps, elle eut, à la suite de ces faits, des hallucinations et des cauchemars effrayants ;

Tous les faits concernant la nature de la maladie de Mme P., les circonstances dans lesquelles elle s'est produite, son évolution et les causes qui l'ont déterminée « ce sont là — a dit le jugement que nous signalons — *ægrorum arcana*, qui par leur nature sont confidentiels, que les médecins appelés en témoignage par Mme P. ont le devoir de tenir secrets ».

Dans cette même affaire, Mme P. déclarait relever les médecins appelés en témoignage du secret professionnel « Cette circonstance — dit le jugement de Rennes sus-

daté — ne serait pas encore exclusive d'un manquement à l'obligation imposée aux confidents nécessaires. En effet, il n'y a et il ne peut y avoir de distinction à établir, tous les faits confidentiels parvenus à la connaissance des médecins devant rester impénétrables à tous. Les cas sont fréquents où le médecin, par prudence, par humanité, cache à son malade les constatations qu'il a faites ; le malade qui relève le médecin du secret ignore les choses découvertes par lui, ne connaît pas le secret dont il le délie et ne peut, en conséquence, connaître la portée de l'autorisation qu'il donne.

« En se refusant à dévoiler les faits ci-dessus énumérés et reconnus confidentiels par leur nature, les docteurs F... et B... ont donné la mesure de leur respect pour les règles de la profession médicale ; pour les autres faits cotés aux conclusions sous les numéros 4, 5, 9, 11, 12, 13, 14, 15, ils ont, en refusant de dévoiler ce qu'ils pouvaient savoir, fait preuve de scrupules assurément honorables, mais certainement exagérés ; ces faits, n'affectant aucun caractère confidentiel, sont étrangers à la profession des médecins qui sont téhus de déclarer ce qu'ils ont vu et entendu ;

« La médecine est un art dont l'exercice doit être entouré de garanties de délicatesse et de dignité ; on ne saurait donc trouver excessifs les doutes et les scrupules manifestés par les docteurs F... et B... qui ont refusé de déposer dans la crainte de manquer aux devoirs de leur profession ; il ne peut leur être fait grief de cette attitude et n'y a lieu, en conséquence, de leur faire supporter les frais de l'incident, etc. »

BIBLIOGRAPHIE MÉDICO-LÉGALE (1)

M. GEORGES LAURENT : *La loi Roussel, ses résultats, ses améliorations* (28 octobre 1903).

L'auteur, tout en reconnaissant que la loi Roussel est une « œuvre géniale qui sauve chaque année des milliers d'existences », signale ses lacunes dans le but de l'améliorer.

M. EDMOND CONGY : *Nécessité de création d'un Institut médico-légal* (12 novembre 1903).

L'auteur proclame la nécessité de modifier le recrutement des médecins-experts en créant un institut médico-légal « réel et non théorique », en augmentant leurs honoraires et en instituant des régulateurs d'autopsies. Il demande aussi l'expertise contradictoire et la création d'un tribunal de superarbitrage.

M. HENRI AUCOPT, ancien interne des hôpitaux : *De l'hystérie traumatique et de la simulation* (26 novembre 1903).

Après avoir constaté combien est délicat à établir le diagnostic entre la simulation et les différentes manifestations de l'hystéro-traumatisme, l'auteur observe que l'expertise médico-légale doit être conduite avec beaucoup de tact et de prudence et que les conclusions du rapport ne devront jamais être affirmatives sur l'issue de l'affection. « On doit toujours avoir présent à l'esprit que, même dans un cas indéniable d'hystéro-traumatisme sans aucune lésion organique, le trouble nerveux peut survivre et survivre longtemps après le règlement définitif du procès et l'indemnité accordée. »

M. RENÉ PICARD, externe des hôpitaux : *Les auto-accusateurs alcooliques* (4 février 1904).

L'auto-accusation (synonyme, en médecine légale, d'autodénuciation) chez les alcooliques présente, à cause de sa fréquence et de son évolution clinique, le plus grand intérêt. La survie de l'idée fixe de culpabilité est presque toujours éphémère. Presque toujours auto-accusateur, l'alcoolique n'est que très rarement hétéro-accusateur. Comme le délire est en général transitoire,

(1) Nous publierons désormais, sous ce titre, un compte rendu sommaire de toutes les publications : livres, brochures, thèses ou articles de revues et de journaux, dont un exemplaire au moins aura été adressé à la Société de médecine légale.

on ne doit presque jamais conclure à l'internement ; une courte période d'observation suffit le plus souvent (1).

M. J. BERGONIER, interne-lauréat de l'hôpital civil de Versailles : *Contribution à l'étude de la loi sanitaire du 15 février 1902* (11 février 1904).

Après avoir constaté l'insuffisance de la législation sanitaire de 1894 et des lois antérieures, l'auteur étudie la loi de 1902, constate les améliorations qu'elle apporte en matière d'hygiène et signale ses lacunes.

M. GEORGES COCHY DE MONCAN : *L'œil et la vision chez les criminels* (17 mars 1904).

Il semble, d'après l'auteur, que l'organe de la vision des criminels ne présente pas, à part quelques particularités qu'il relève, des anomalies et des tares assez caractéristiques pour constituer de véritables stigmates de la criminalité.

M. le Dr CHARLES MARCHETTI : *Des différents procédés pour la recherche de l'origine du sang, et en particulier de la séro-réaction* (1903, vol. in-8° de 63 pages).

Conclusions de l'auteur : 1° Le principe de la séro-réaction paraît exact et appelé à un grand avenir. Tous les expérimentateurs sont d'accord sur ce point. Le procédé est certainement supérieur à tous ceux que nous possédons actuellement pour déterminer l'origine du sang ; — 2° Cependant il y a beaucoup à faire avant qu'il puisse entrer dans la pratique courante. On n'a pas encore fixé une méthode sûre et précise sur laquelle tout le monde soit d'accord, quand il s'agit de déterminer l'origine d'une tache de sang ; — 3° La préparation du sérum réactif est délicate et demande des expérimentateurs compétents ; elle n'est possible que dans des laboratoires spéciaux et disposant de ressources importantes ; — 4° Il n'est pas possible actuellement d'exiger de tout médecin légiste qu'il se serve de cette réaction quand il aura à déterminer l'origine d'une tache de sang.

M. le Dr RAYMOND ARMBUSTER : *Questions de survie ; de la valeur légale et scientifique des présomptions* (1902, vol. in-8° de 77 pages).

Conclusions de l'auteur : 1° Les présomptions légales établies par les articles 721 et 722 du code civil sont arbitraires et inuti-

(1) MM. Vallon et Dupré ont présenté à la *Société de médecine légale*, des observations intéressantes sur les auto-accusateurs. (Bulletin, t. XV, p. 154 et t. VII, p. 24.)

les ; — 2° Il faut les rayer du code et il n'est pas nécessaire de les remplacer par d'autres, puisque les articles 135 et 136 permettent de trancher équitablement toutes les questions de survie ; — 3° Les prescriptions médicales, quelque fortes et rationnelles qu'elles soient, contrôlées et confirmées d'ailleurs par les expériences et par les faits, ne peuvent avoir la valeur d'une preuve mathématique ; — 4° Elles doivent pourtant être d'un grand poids dans les arrêts rendus par les juges, et à elles seules, indépendamment même des circonstances du fait, elles peuvent souvent suffire à résoudre les problèmes les plus obscurs et les plus délicats.

M. le Dr PIERRE VALETTE, médecin stagiaire au Val-de-Grâce :
De l'érostratisme ou vanité criminelle (1903, v. in-8° de 74 p.).

Conclusions de l'auteur : 1° L'érostratisme ou vanité criminelle dans un milieu social est un facteur symptomatique et quelquefois étiologique du crime ; — 2° Il est révélé chez des prédisposés, débiles mentaux et asthéniques volitionnels, sous l'influence de certains facteurs sociaux ; — 3° Il ne saurait intervenir dans l'appréciation de la responsabilité qu'en tant que syndrome épisodique du crime ; — 4° Pour combattre l'érostratisme, il convient de s'adresser surtout aux éléments sociaux qui le favorisent après l'avoir créé : réglementation de la publicité des débats en cours d'assises ; suppression de la publicité des exécutions capitales ; restriction de la publicité de la presse en matière criminelle et judiciaire ; telles sont les mesures à mettre en œuvre.

M. le Dr MARCEL MARVY, élève de l'Ecole du service de santé militaire : *Contribution à l'étude du thymus* (1903 vol. in-8° de 96 pages).

Conclusions de l'auteur : 1° Le thymus est une glande vasculaire de durée temporaire, mais dont on retrouve des vestiges à toutes les époques de la vie... — 5° L'examen du thymus chez les nourrissons peut donner sur les causes de la mort des indications utiles : a) Est-il atrophié ? Le médecin légiste peut songer à la mort par inanition ou alimentation impropre ; mais il doit déterminer auparavant si l'enfant présente des lésions d'hydrocéphalie ou d'athrepsie qui suffisent à expliquer cette atrophie, b) ; si le thymus est hypertrophié, l'expert doit songer surtout s'il n'existe pas d'autres lésions, à la possibilité de la mort du fait de cette hypertrophie, et il doit mentionner cette possibilité dans son rapport (1).

(1) Rapprocher une étude de M. le professeur Perrin de la Touche sur l'hypertrophie du thymus considéré comme obstacle à l'établissement de la respiration chez un nouveau-né. Communication faite à la Société de médecine légale (12 juillet 1898) et publiée dans le *Bulletin*, t. IX, p. 331.

M. le Dr MARCEL DORMER, médecin stagiaire au Val-de-Grâce):
De l'homicide conjugal (1904, vol. in-8° de 106 pages).

Après avoir étudié les causes et les conditions d'exécution de l'homicide conjugal, résumées dans un tableau qui donne 24 espèces depuis 1840 jusqu'en 1900, l'auteur conclut ainsi :....
 7° L'homicide conjugal doit être considéré comme un crime grave à l'égal du parricide et de l'infanticide méritant une peine sévère. Le mari ne doit pas être favorisé par la loi, maris et femmes doivent être égaux dans la peine; l'article 324 du code pénal est à modifier: le meurtre, commis en flagrant délit d'adultère, ne doit pas être dit excusable, ce qui prête à équivoque, mais être réputé moins grave; — 8° Le divorce, tel qu'il existe en France depuis la loi du 29 juillet 1884, a déjà influencé la criminalité conjugale, en diminuant le nombre des homicides provoqués par des dissensions domestiques; l'article 298 du code civil, qui interdit à l'épouse coupable de se marier avec son complice, doit être supprimé; il est un danger pour les conjoints trompés; — 9° Pour qu'il ait un rôle plus puissamment prophylactique de l'homicide conjugal, nous croyons que le divorce doit être compris dans son sens le plus large, par consentement mutuel et même par volonté unilatérale dans certains cas; — 10° Enfin la société doit lutter contre l'alcoolisme et les différentes sources de dégénérescence, véritables causes de toute criminalité (l'homicide conjugal est presque toujours commis par des alcooliques ou des dégénérés).

M. le Dr G. COLLET : *L'accouchement spontané rapide au point de vue obstétrical et médico-légal* (Paris, J.-B. Baillière, 1904).

L'accouchement clandestin est généralement rapide et c'est même là une des conditions nécessaires pour qu'il puisse passer inaperçu, mais les accidents résultant parfois de la rapidité de l'accouchement peuvent être le point de départ d'une accusation d'infanticide.

Vu l'imprudence et même le danger d'admettre, en médecine légale, des théories générales appliquées à tous les cas, le médecin expert devra se livrer à une étude approfondie dans chaque cas particulier et examiner en détails les circonstances qui peuvent confirmer ou infirmer le récit d'une prévenue au sujet de la rapidité ou de l'inconscience de son accouchement.

a) Relativement à la mère, l'ignorance de la grossesse, l'inconscience de l'expulsion, l'impossibilité pour l'accouchée de secourir son enfant, ne seront pas admises sans une sévère discussion.

b) Relativement aux annexes, l'expert aura le plus grand intérêt à établir si l'expulsion fœtale et la délivrance ont été simultanées, ou bien si le cordon a été rompu ou coupé.

c) Relativement au nouveau-né, les seuls résultats de son examen et de son autopsie ne permettent pas toujours de différen-

cier l'infanticide de la mort accidentelle consécutive à un accouchement rapide.

Dans chaque cas pouvant prêter à cette discussion : hémorragie ombilicale, suffocation, submersion, fracture du crâne, chute dans les latrines, il faudra tenir compte non seulement de tous les caractères et de toutes les lésions présentées par l'enfant, mais aussi des dispositions du lieu où s'est effectué l'accouchement. Il sera nécessaire de rapprocher du résultat de ces diverses investigations, en les soumettant à une critique serrée, les affirmations de la mère, tant au sujet de sa position au moment de la naissance de l'enfant que des circonstances qui l'ont accompagnée.

M. le Dr JULIEN LAFERRIÈRE : *La viabilité en médecine légale ; discussion sur la valeur de ses signes et la possibilité de son diagnostic* (1901, vol. in-8° de 66 pages).

En présence de la difficulté constante, de l'impossibilité fréquente de diagnostiquer la non-viabilité, des conditions essentiellement variables de la viabilité (surtout depuis l'apparition des couveuses qui permettent d'élever des enfants de six mois dans la proportion de 30 p. %), l'auteur se demande ce que devient le terme légal de viabilité fixé à 180 jours et s'il ne conviendrait pas d'introduire dans notre code (à l'exemple du code civil italien), à la suite des articles qui exigent la viabilité, une clause restrictive ainsi conçue : « L'enfant sera considéré comme viable toutes les fois qu'il sera né vivant ; sa non-viabilité ne pourra être déclarée que lorsqu'elle aura été établie d'une façon certaine et irréfutable par le rapport des médecins. »

M. le Dr EUGÈNE SCHWÆBEL : *Le poids et l'aptitude physique militaire* (1902, vol. in-8° de 82 pages).

L'utilité d'un critérium pour juger de l'aptitude physique militaire ne saurait être contestée ; mais jusqu'ici tous les essais sont restés infructueux ; la donnée du périmètre thoracique a été jugée insuffisante, ainsi que les deux signes résultant de l'abaissement de la pointe du cœur et de l'expiration prolongée. La tendance actuelle est d'accorder plus d'attention à la donnée du poids comparée avec la circonférence de la poitrine ou avec la taille. C'est à cette étude du poids que s'est livré l'auteur de la thèse ci-dessus indiquée.

SÉANCE DU 4 JUILLET 1904

Omission. — La Société déclare deux vacances parmi les membres correspondants nationaux, dans le ressort de la Cour de Nancy, et prend acte de la candidature de M. le Dr Parisot. (Renvoi à la commission spéciale des candidatures.)

NOTE SUR PLUSIEURS CAS DE CONGÉLATION AVEC SURVIE

Par M. le Docteur DIDIER (de Rouen).

Membre correspondant de la Société de Médecine légale.

Pendant l'hiver 1903-1904, j'eus l'occasion d'observer quelques cas de congélation à l'Hôtel-Dieu de Rouen. Ces cas avaient trait à des vagabonds tombés sans connaissance sur la voie publique ou trouvés en état de mort apparente dans les wagons stationnés sur les quais du port. Ils étaient apportés à l'hôpital sous le diagnostic de coma alcoolique, mais le tableau clinique de leur état différait sensiblement de l'ivresse.

Engourdis, dans une torpeur profonde, plongés dans un sommeil qu'aucune excitation extérieure ne pouvait interrompre, véritable assoupissement léthargique, suivant l'expression de Larrey, ils présentaient un ralentissement et un affaiblissement considérable des bruits du cœur ; le pouls était insensible, la respiration à peine perceptible. La sensibilité à la piqure était conservée mais ne se manifestait que par une légère réaction musculaire. Constamment, cet état s'accompagnait d'une hypothermie atteignant de 2 à 3°.

Malgré le réchauffement progressif auquel ils étaient soumis, ces individus restaient plusieurs heures (dans deux cas deux et trois jours), en état de torpeur léthargique pendant laquelle toute fonction organique était suspendue.

Le réveil se faisait assez rapidement, mais les malades restaient obnubilés, sans parole, sans pensée, sans proférer une plainte, inconscients, ayant totalement perdu la mémoire et même étrangers aux questions qui leur étaient posées. Une demi-heure, une heure après le réveil, ils regardaient effarés comme sortant d'un rêve, puis demandaient à manger. Deux jours après, les accidents cérébraux avaient disparu, les urines étaient abondantes et l'on ne retrouvait pas traces de cet état grave qui avait fait craindre une issue fatale.

Dans aucun de ces cas, je n'observai de phénomènes locaux de congélation, ni de troubles secondaires emboliques ou congestifs du côté des viscères.

Chez l'un de ces malades, l'hypothermie atteignit un degré que j'ai vu rarement signalé dans les cas de congélation avec survie.

Il s'agissait d'un malheureux de 52 ans, sans asile depuis plusieurs semaines et souvent privé de nourriture ; aussi était-il dans un état d'émaciation extrême. Il fut trouvé dans un wagon et apporté comme mort à l'hôpital. Il était d'une pâleur livide, la face exsangue, les pupilles dilatées, le corps donnait à la main la sensation du froid cadavérique ; les membres étaient en rigidité. Pas de pouls et pas d'apparence de respiration. La température relevée soigneusement et contrôlée plusieurs fois fit constater 30°9 dans l'aisselle, 31°2 dans le rectum, nous crûmes à une congestion complète.

Pendant trois jours, le malade resta dans un véritable

état léthargique, la température oscillait autour de 31 (rectale) sans pouls, sans respiration. L'anurie fut totale pendant cinq jours.

Le malade sortit de son engourdissement au bout de trois jours, restant sidéré inconscient, incapable d'articuler une parole, semblant ignorer où il se trouvait, dans un état de stupeur profonde. Les fonctions organiques se rétablirent et il put se déplacer dans son lit, même se lever, alors que l'hypothermie persistait aux environs de 32°.

Au huitième jour, la température se releva assez rapidement et la convalescence fut rapide dès que l'alimentation put être reprise abondamment.

A aucun moment il ne présenta de lésions viscérales ni d'accidents gangréneux locaux ; les urines étaient de composition normale. J'observai seulement au bout de quinze jours une poussée d'herpès labial et une série de furoncles.

Ces cas de congélation avec accidents généraux et hypothermie, sans lésions locales, terminés par la guérison m'ont paru intéressants à signaler.

Ils démontrent la possibilité de survie dans des cas de congélation avec mort apparente et persistance pendant plusieurs jours d'un abaissement de température de cinq à six degrés.

Il est encore curieux de constater la prolongation de l'hypothermie au-delà du retour des fonctions organiques et dépassant notablement la période léthargique.

La dernière observation est surtout intéressante au point de vue médico-légal, comme preuve du peu de valeur du refroidissement périphérique et central pour la détermination de la mort réelle.

INTOXICATION ACCIDENTELLE PAR L'OXYDE DE CARBONE

INCULPATION DE MAUVAIS TRAITEMENTS
ENVERS UNE ENFANT

RAPPORT MÉDICO-LÉGAL DE

MM. L. GARNIER, et Pierre PARISOT, professeurs à la
Faculté de Médecine de NANCY.

Le 27 février 1904, mourait à N..., chez sa mère, dans des conditions mystérieuses, la jeune X..., âgée de deux ans huit mois ; aucun médecin n'avait été appelé à la voir avant sa mort et le médecin de l'état civil réclamait une enquête, en présence des nombreuses plaies et ecchymoses qu'il avait relevées sur le cadavre. La jeune X... avait été placée en nourrice à la campagne, où elle avait été bien soignée ; depuis un mois, sa mère l'avait reprise chez elle, et, dans le quartier qu'elle habitait, il n'était bruit que des mauvais traitements que cette enfant avait subis. Le parquet fut saisi de l'affaire ; et le 28 février l'un de nous était commis par M. le juge d'instruction dans les termes suivants :

« 1° Examiner le corps de la jeune X..., relever toutes les traces d'ecchymoses et de plaies qu'il peut porter, de dire si elles peuvent être le résultat de mauvais traitements infligés à l'enfant ; — 2° faire connaître si, étant donné l'aspect extérieur du cadavre, il est possible d'affirmer que l'enfant a été habituellement privée de nourriture et si, par suite, la mort ne devrait pas être attribuée aux privations ; — 3° pratiquer l'autopsie, déterminer les causes de la mort, et dire, notamment, si le décès a pu être le résultat direct ou indirect de mauvais traitements ou si, au contraire, la mort doit être attribuée à une cause naturelle. »

Voici, en résumé, le résultat de l'autopsie pratiquée le 29 février 1904.

Le cadavre de la jeune X..., présente une teinte rosée spéciale sur la figure, les bras et les jambes ; l'aspect général dénote une constitution bonne et ne fait nullement croire que l'enfant a été habituellement privée de nourriture.

A signaler, sur la bosse frontale droite et sur la région postérieure de la tête, deux ecchymoses : sur les parties saillantes du corps (épaules, hanches, genoux et orteils), des éraflures superficielles ; des ampoules aux pieds, et les traces d'une engelure ulcérée au petit orteil droit. Ces lésions sont sans gravité et incapables par elle-mêmes d'avoir entraîné la mort : d'après leur situation uniquement aux parties saillantes du corps, elles proviennent de chutes ; pour les ampoules, il faut incriminer, comme il a été facile de le constater, l'état mauvais des chaussures.

L'autopsie révèle une légère irritation des bronches, une coloration rosée des poumons et, par places, une teinte carminée du foie. L'estomac contient une bouillie grisâtre répandant une assez forte odeur de rhum. L'intestin grêle et le gros intestin renferment du lait ; les matières sont normales ; il n'y avait pas d'entérite ; on retrouve de nombreux lombrics ; quelques ganglions mésentériques sont engorgés ; les vaisseaux du péritoine se dessinent en arborisations rosées. Rien à signaler de particulier pour les autres organes.

L'absence, d'une part, de lésions organiques capables d'expliquer la mort et, d'autre part, la teinte rosée relevée sur le corps et sur différents organes autorisent à soupçonner une intoxication par l'oxyde de carbone et à réclamer de M. le Juge d'instruction une analyse chimique du sang, qui est confiée à l'un de nous. En présence de l'odeur alcoolique prononcée qui se dégagait

de l'estomac, une analyse de son contenu nous a paru également nécessaire.

Cent grammes de sang, le cerveau, le foie et le contenu de l'estomac ont été soumis à l'*analyse chimique*.

Un essai préliminaire du sang du foie, très rutilant au spectroscope, avait paru donner une persistance des deux bandes de l'hémoglobine après réduction ; mais l'étude régulière reprise ensuite du sang mixte de l'enfant, comparativement avec du sang humain normal, n'a permis de prouver, même en partie, la persistance des deux bandes, la bande unique de Stokes obtenue par réduction noyant le tout.

Devant ce résultat négatif, il est procédé à l'extraction des gaz du sang, par la pompe à mercure, en présence d'un excès d'acide tartrique et à l'ébullition au bain-marie.

56 cc. de sang donnent 15 cc. de gaz, lesquels analysés par les procédés classiques, l'oxyde de carbone en particulier, absorbé par le chlorure cuivreux chlorhydrique représentent pour 100 cc. de sang :

Acide carbonique.....	17 ^{cc} , 25
Azote	5 , 18
Oxygène	3 , 75
Oxyde de carbone.....	0 , 61
	26 ^{cc} , 79

Ainsi donc, malgré le résultat négatif de l'examen spectroscopique, le sang de l'enfant contient une petite quantité du gaz oxyde de carbone, soit 6 cc. pour 1000 cc. de liquide.

La recherche de l'alcool dans l'estomac et son contenu, par distillation, donne 20 cc. d'un liquide aigre, dont l'odeur empêche absolument la réaction du butyrate

d'éthyle; mais par la potasse et l'iodure ioduré, on développe assez vite l'odeur de l'iodoforme, tandis que le liquide devient laiteux, jaunâtre, et abandonne, après douze heures de repos, un dépôt jaune clair de quelques milligrammes, dans lequel le microscope démontre nettement l'existence des paillettes cristallines jaune serin de l'iodoforme, preuve de la présence de traces d'alcool.

La même recherche est faite dans la pulpe cérébrale à l'aide d'un courant d'air qui, après purification sur de la chaux vive au sortir du ballon à pulpe, réagit sur un mélange de bichromate de potassium et d'acide sulfurique, lequel verdit sous l'influence des traces d'alcool entraînées; la coloration verte se produit tardivement après trois heures de fonctionnement de l'appareil.

L'estomac renferme donc des traces nettes, mais non dosables d'alcool, preuve de son ingestion; le même produit se retrouve également et en très minime quantité dans le cerveau, preuve de son absorption; il y a eu absorption avant la mort d'une certaine quantité d'alcool, mais qui paraît plutôt petite, vu les faibles résultats de l'analyse.

Le sang contient 6 c.c. d'oxyde de carbone au litre proportion faible, mais cependant notablement plus élevée que celle observée par Desgrez et Nicloux dans le sang du chien des villes (1^{re}, 45 à 1^{re}, 88) et ne trouvant son origine que dans une absorption accidentelle, avant la mort, par la voie pulmonaire.

Si nous rapprochons ces résultats de ceux contenus dans les rapports faits, l'un par MM. Ogier (1) et Socquet, l'autre par M. G. Pouchet (2), qui ont trouvé, dans des cas d'intoxication, chez l'adulte, des volumes d'oxy-

(1) OGIER et SOCQUET. — Intoxication par l'oxyde de carbone (*Bulletin de la Société de médecine légale*, XI, p. 80).

(2) G. POUCHET. — Affaire Gœttlinger et Riat. Intoxication accidentelle par l'oxyde de carbone (*Bulletin de la Société de médecine légale*, X, p. 191).

de de carbone respectifs de 0^{cc}, 22 et 0^{cc}, 23 d'une part et 0^{cc}, 6 d'autre part, pour 100 ^{cc} de sang, nous sommes autorisés à conclure que l'enfant X... a succombé aux suites d'une intoxication oxycarbonée.

L'autopsie et l'analyse chimique concordaient pour montrer que la mort était due à une intoxication par l'oxyde de carbone. Mais ici les signes nécroscopiques et chimiques de cette asphyxie n'étaient pas aussi manifestes que dans certains cas d'intoxication aiguë ; aussi demandaient-ils à être recherchés et étudiés avec soin. La proportion d'oxyde de carbone dans le sang suffisait cependant à incriminer ce gaz ; restait à savoir comment cette asphyxie s'était produite, si elle était criminelle ou accidentelle.

Les réponses de la mère de l'enfant au juge d'instruction et la visite du logement que nous avons été chargés de faire permettront d'élucider cette question. D'après le récit de la mère et d'un employé de la maison, la jeune X..., bien portante le 25, est indisposée le 26 ; elle tousse et a un peu de fièvre, demandant à boire fréquemment. Dans ces conditions, la mère, pour pouvoir surveiller son enfant souffrante, lui improvise, dans l'arrière-boutique, communiquant par une porte avec son magasin, une couche reposant directement sur le plancher. L'enfant y séjourne depuis 7 h. 1/2 du matin jusqu'à 8 heures du soir.

Elle boit seulement une demi-tasse de lait dans la matinée, et reste, pendant tout le jour, dans un état de torpeur sans prononcer une seule parole ; à midi, on remarque, en la prenant sur les genoux, qu'elle peut à peine porter sa tête ; à 8 h. 1/2 du soir, sa mère lui fait avaler pour la stimuler, dit-elle, un œuf clair débattu dans du vin rouge et la moitié d'un petit verre à liqueur de rhum.

A 9 heures du soir, on la porte au quatrième étage pour la coucher; elle est à ce moment, suivant la propre expression d'un témoin, dans un état comateux; ses membres retombent sans force et ses yeux sont à moitié fermés.

La chambre à coucher de cette enfant communique avec celle de sa mère et de sa sœur; la mère s'endort et, le lendemain matin, à son réveil, en s'approchant du lit de sa fillette, elle constate qu'elle était morte et déjà froide. Un docteur est alors appelé, mais il ne peut que constater le décès.

Interrogée sur les traumatismes que la jeune X... présentait à la surface du corps, la mère a invoqué les chutes fréquentes que l'enfant faisait dans les escaliers.

Ces renseignements fournis par l'enquête venaient corroborer en partie les résultats de nos investigations; il nous restait maintenant à rechercher la cause de l'intoxication par l'oxyde de carbone révélée par l'analyse chimique, et dont une des manifestations cliniques avait été la torpeur et l'affaiblissement musculaire.

Commis par une ordonnance de M. le Juge d'instruction, nous sommes allés visiter les locaux occupés par l'enfant X... pendant la journée du 27.

L'arrière-boutique est une sorte de long corridor étroit, séparé du magasin par une cloison vitrée. Les dimensions en sont les suivantes: largeur = 1 mètre, longueur = 5 mètres, hauteur = 3 mètres 50, ce qui donne pour le cubage 17 m. c., 50. Une porte, qui reste constamment ouverte, fait communiquer cette arrière-boutique avec le magasin; en face de la porte se trouve un poêle en fonte dont la capacité du foyer est de 12 litres; on y brûle du coke; le poêle est souvent chauffé au rouge; un long tuyau de 10 centimètres de diamètre s'ouvre dans une cheminée; la clef paraît avoir une valve pleine, d'après les essais que nous avons faits. Le poêle est

en très mauvais état ; il est absolument disloqué ; sa partie inférieure même a disparu par places, laissant forcément échapper des gaz en abondance, quand la charge est complète et la clef au petit tirage ; ce poêle allumé tout le jour est fortement chargé d'habitude, car il doit chauffer une boutique qui est de grandeur moyenne. Or l'enfant est restée couchée sur un lit improvisé contre la cloison vitrée, la tête à 1 mètre 10 du fourneau, pendant plus de 12 heures, exposée au rayonnement intense et aux émanations du foyer.

Une première objection vient à l'esprit ; la porte de l'arrière-boutique restant constamment ouverte sur le magasin qui, lui-même, communique par intermittence avec la rue, il semble impossible que l'intoxication par l'oxyde de carbone puisse se produire. C'est là une erreur ; pour qu'il y ait asphyxie, en effet, par l'oxyde de carbone, il n'est pas nécessaire que la chambre soit close : il est possible, d'après les expériences de Leblanc, de Gréhaut, de s'empoisonner dans une atmosphère qui contient très peu d'oxyde de carbone.

« Nous nous trouvons, a écrit (1) le professeur Brouardel, en face d'un préjugé populaire, contre lequel la science s'inscrit en faux, et que Devergie, malgré ses efforts, n'a pas fait disparaître. On s'intoxique avec l'oxyde de carbone même en plein air et vous en verrez de nombreux exemples. »

Le globule sanguin a une telle avidité pour l'oxyde de carbone qu'il absorbe les moindres traces de ce gaz qui vicient l'air ; aussi est-il important de connaître non pas seulement la quantité d'oxyde de carbone dégagée dans une pièce, mais encore le temps que la victime y a séjourné. La mère, l'employé, une autre jeune sœur, n'ont pas été malades ; comment se fait-il que la jeune X... ait seule été intoxiquée ? Remarquons d'abord que, pen-

(1) BROUARDEL. — *Les asphyxies par les gaz, les vapeurs et les anesthésiques*, Paris, 1896, p. 18.

dant plus de 12 heures, elle est restée constamment au voisinage du foyer de production du gaz délétère.

D'après les expériences d'Orfila, les produits de la combustion montent au plafond ; c'est ainsi que des oiseaux placés à des hauteurs différentes, les plus élevés meurent les premiers ; ces gaz toxiques se refroidissent contre le plafond et contre la paroi de l'appartement et redescendent ensuite le long des murs. Dans notre cas, le mécanisme a été très simple : la paroi la plus froide étant la cloison vitrée, les gaz sont redescendus le long de cette surface refroidie et l'enfant, placée au pied même de la cloison vitrée, a reçu pendant 12 heures cette véritable douche de gaz toxique ; ainsi s'explique pourquoi cette enfant a été seule atteinte.

Dans la chambre où couchait la famille, au quatrième étage, il n'y avait aucun fourneau allumé ; et c'est bien dans l'arrière-boutique du magasin que s'est produite accidentellement l'intoxication de la jeune X... par l'oxyde de carbone ; le mauvais état du fourneau et la présence sur le tuyau de fumée d'une clef à valve pleine suffisent à expliquer le refoulement de ce gaz dans la chambre.

Voici donc la mort d'une enfant qui, suivant toutes les apparences, et d'après bien des renseignements, aurait pu être attribuée à de mauvais traitements et dont l'oxyde de carbone est seul responsable. Ce gaz délétère, insidieusement absorbé par les globules sanguins, nous engourdit, nous paralyse, et peut nous faire mourir sans que personne dans l'entourage ne soupçonne la véritable cause de cette mort. Nous ne saurions donc trop insister sur le pouvoir sournoisement toxique de l'oxyde de carbone qui, si on n'y prend garde, peut être méconnu dans une expertise médico-légale, au grand dommage de la vérité.

BIBLIOGRAPHIE MÉDICO-LÉGALE

M. le Dr LÉON CRISTIANI : *La défiguration* (Lyon, Storck, 1903, vol. in-8° de 155 pages).

La face, en raison des organes importants qui s'y trouvent groupés, des fonctions d'expression dont elle est chargée et de son rôle dans l'esthétique de l'individu, mérite que la loi réserve des peines spéciales aux blessures défigurantes comme elle en réserve à celles qui atteignent les organes génitaux. Les codes anciens ont presque tous consacré cette distinction et la défiguration est prévue dans certaines législations modernes, qui la considèrent comme une circonstance aggravant les blessures.

Théoriquement, on peut dire que la défiguration est le résultat d'une blessure qui, atteignant la face ou les régions qui lui servent de limite, y laisse une trace visible et durable. Il faut donc, pour qu'une lésion réponde à cette définition, qu'elle remplisse les conditions suivantes : siéger à la face (zone de défiguration), être apparente, irréparable et permanente.

La défiguration judiciaire, la défiguration considérée dans ses rapports avec la vengeance, le tatouage ou les imitations ethniques, les marques distinctives d'une profession ou d'une caste, etc., forment autant de groupes variés dans lesquels la lésion diffère comme l'instrument qui la produit ou le procédé employé. L'expertise médico-légale, en cette matière, devra donc obéir à quelques règles particulières et comporter des considérations spéciales qui sont précisées par l'auteur (p. 24 à 109).

M. le Dr MARC ROBERT, médecin stagiaire au Val-de-Grâce : *Les empoisonnements criminels au XVI^e siècle* avec cette épigraphe : « Pour bien connaître une science, il faut en connaître l'histoire » (Lyon, Storck, 1903, vol. in-8° de 88 pages.)

L'auteur dit que, à cette époque, bien des morts mises sur le compte du poison doivent être attribuées à des causes naturelles ; que les contre-poisons alors en usage n'avaient aucun effet réel ; le lait seul ayant donné quelques résultats satisfaisants. D'ailleurs, la toxicologie était complètement inconnue et la médecine légale était impuissante dans la recherche des poisons, ce qui explique le nombre considérable des drames du poison au XVI^e siècle.

M. le Dr LÉON MOUREAUX, médecin stagiaire au Val-de-Grâce : *L'expertise médico-légale dans les cas de mort due à l'oxyde de carbone* (Lyon, Storck, 1904, vol. in-8° de 76 pages).

D'après les recherches récentes de Haldane et de Mosso, l'oxyde de carbone doit être considéré comme un pur poison globulaire. Il tue par soustraction simple des globules sanguins. Son action équivaut à une saignée : rapide, elle asphyxie; lente, elle anémie. Un troisième mode d'action est la syncope, à craindre surtout chez les cardiaques et les sympathisés et due à un réflexe, au début de l'inhalation des vapeurs délétères.

Au point de vue de la constatation, sur le cadavre, de la mort due à l'oxyde de carbone, le médecin expert se souviendra que : 1° la présence de signes cadavériques à la levée du corps et à l'autopsie n'est pas suffisante pour affirmer un diagnostic; leur absence ne suffit pas à le rejeter; — 2° *l'examen spectroscopique du sang*, méthode sûre et d'une grande simplicité dans un grand nombre de cas, devient d'une délicatesse extrême dans les cas douteux; il peut aboutir alors à des conclusions erronées; — 3° *l'extraction des gaz du sang* est le seul procédé à l'abri de toute critique, l'expert ne devrait jamais le négliger.

L'analyse chimique du sang permettra en outre d'établir, pour chaque victime le *coefficient d'empoisonnement* de Gréhanl. L'étude de ce coefficient, encore à ses débuts, est d'une importance capitale pour élucider la question des susceptibilités individuelles. Dans les affaires médico-légales, sa recherche est désormais de la plus grande utilité.

Pour la solution de *questions de survie*, l'expert cherchera les présomptions en faveur du prédécès de l'une ou l'autre des victimes dans les circonstances suivantes : 1° La situation relative des individus vis-à-vis de la source d'oxyde carbone et vis-à-vis des courants d'air pur; — 2° Les différences d'âge et de sexe et des antécédents pathologiques des victimes; — 3° La comparaison des divers coefficients d'empoisonnement; — 4° Les constatations cadavériques de la mort lente et de la mort rapide, en se basant surtout sur l'étude des caillots du cœur et l'épreuve de la docimasie hépatique.

M. GEORGES-AIMÉ SENTOURENS : *L'exercice illégal de la médecine et le charlatanisme médical* (Paris, 1904, vol. in-4°).

Conclusions : 1° Le charlatanisme médical prend chaque année des proportions de plus en plus considérables. On n'a rien fait jusqu'à présent pour l'entraver. Par ses réclames mensongères, il fait courir à la santé publique les plus graves dangers. Il pro-

met aux malades des guérisons imaginaires et, en leur conseillant des traitements empiriques et sans efficacité, il rend souvent incurable l'affection dont ceux-ci sont atteints ; — 2° L'exercice illégal de la médecine suit une marche croissante, parallèle au développement du charlatanisme médical ; — 3° Il est nécessaire de mettre un frein aux prétentions médicales des guérisseurs de toutes sortes. Le soin de les poursuivre énergiquement appartient aux syndicats médicaux qui, pour se couvrir de leur frais, devraient faire un appel pressant à tout le corps médical par l'intermédiaire des journaux médicaux qui ouvriront une souscription. Il faut sur chacune des grandes industries où se pratique l'exercice illégal constituer un dossier complet où l'on accumulera les ordonnances, les réclames trompeuses et toutes les brochures éditées par les charlatans. C'est la meilleure manière de montrer aux tribunaux qu'ils ont jusqu'à présent protégé, sans s'en douter, de gigantesques escroqueries. La lecture des documents suggestifs qu'on leur fera lire les obligera à considérer l'exercice illégal de la médecine non plus comme un écart, mais comme un délit ; — 4° la loi du 30 novembre 1892 suffit à elle seule à atteindre toutes les formes de l'exercice illégal. Il suffit de l'appliquer, ce que l'on n'a pas encore fait. Les charlatans, par leurs annonces, se livrent individuellement au traitement habituel des maladies puisqu'ils donnent des consultations par correspondance, rédigent, expédient des ordonnances et instituent des traitements. Le fait est d'autant plus grave qu'ils ne voient pas le malade. Ils commettent tous le délit d'abus de confiance et ils tombent sous le coup de l'article 405 du Code pénal.

M. Y. HILLY : *De la mort subite dans l'aortite aiguë au point de vue médico-légal* (10 mai 1904).

Des notions qu'il donne sur l'aortite aiguë, entraînant une mort rapide, l'auteur fait observer que des innocents accusés de crime ou d'homicide par imprudence pourraient s'en prévaloir, et il ajoute que « la mort subite consécutive à un accident de travail pourra être imputée à l'aortite aiguë seule, ou y être imputée seulement en partie suivant les cas. »

M. le Dr E. VIEILLE, ancien interne des hôpitaux de Besançon : *De la mort subite dans les affections des centres nerveux* (Lyon, Storck, 1904, vol. in-8° de 66 pages).

La mort subite, dans le sens médico-légal du mot, a été observée dans les affections organiques des centres nerveux : paralysie générale, tabès, épilepsie, hystérie. Elle est surtout fréquente dans les cas de tumeur du cervelet, des abcès de la fosse cérébelleuse consécutifs aux suppurations mastoïdiennes et lu-

meurs du cerveau. — Elle a pour causes déterminantes les troubles circulatoires déterminés par ces diverses affections (anémies des centres nerveux) — Les causes déterminantes que M. Vieille a essayé de mettre en lumière sont les traumatismes légers, sans suite fâcheuse chez un individu sain, qui peuvent amener une mort rapide ou soudaine chez des malades dont l'anémie cérébrale aggrave les effets de la commotion. Il recommande aux experts de bien indiquer la discordance entre le peu d'importance du traumatisme lui-même et les conséquences graves qu'il a pu causer, lorsque celui constate des lésions organiques des centres nerveux (1). Cette indication — dit-il — peut permettre de faire accorder au coupable des circonstances atténuantes, s'il est reconnu que le coup qu'il a porté n'était pas de nature à amener la mort chez un homme sain ; de même, dans les accidents du travail, la responsabilité du patron pourra être discutée si la mort rapide pendant le travail, suite d'un traumatisme léger, est survenue chez un ouvrier porteur de lésions des centres nerveux.

M. JOSEPH PENOT, élève de l'Ecole de Santé militaire : *Évolution du mariage et consanguinité* (Lyon, Storck, 1902, vol. in-8° de 85 pages).

La consanguinité fixe les caractères (bons ou mauvais) et forme les races et les espèces. Le croisement rajeunit les races par l'apport de prédispositions héréditaires presque toujours différentes. La mesure physiologique d'une population peut-être jugée par les résultats brillants ou morbides des alliances consanguines qui s'y produisent.

Le médecin consulté sur l'opportunité d'une alliance consanguine devra s'enquérir minutieusement de la santé des futurs et de leurs ascendants et rechercher s'ils ont vécu sous le même toit et dans le même milieu. Un examen négatif peu justifier un avis favorable. Dans le cas contraire, il préviendra les parents de la possibilité d'un mauvais résultat.

M. le Dr EDOUARD AZEMAR : *De la docimasie hépatique ; variations du glucose et du glycogène sous l'influence de la putréfaction* (Lyon, Storck, 1901 ; vol. in-8° de 44 pages).

La docimasie hépatique est un signe très important parmi les faits qui peuvent prouver la mort lente avec agonie, ou la mort

(1) On peut rappeler ici la communication faite par M. le Dr Sentez à la Société de Médecine légale (séance du 8 janvier 1883), sur un cas de mort subite par suite de violences légères à la tête : hémorragies multiples dans diverses parties de la masse encéphalique (*Bulletin* ; VII, 31).

brusque d'un individu bien portant. — L'absence complète de matières sucrées dans le foie peut faire penser à une mort survenue après maladie ; en tout cas elle permet d'écarter l'idée de mort violente, suicide, meurtre ou accident. — La présence de glycogène et de glucose est un excellent signe d'une mort surprenant un individu bien portant.

Dans un foie soumis à l'influence de putréfaction, le glycogène et le glucose disparaissent lentement. — Le glycogène disparaît avant le glucose. Dans un foie contenant 3 p. 0/0 de glycogène, exposé à l'air libre, dans une atmosphère humide, à une température de -5 à $+10$: on retrouvait du glycogène au bout d'un mois et demi ; le glucose disparaissait un mois après le glycogène. Donc pendant plus de trois mois, la docimasie est restée positive.

Le glucose provenant de la transformation du glycogène *post-mortem* (nos expériences l'ont démontré), si l'on retrouve dans un foie de cadavre, à une époque plus ou moins éloignée de la mort, une quantité considérable de glucose, on pourra conclure à la présence antérieure du glycogène.

M. Georges MARTIN : *Des psychopathies consécutives aux brûlures* ; étude étiologique et médico-légale. (Paris, J. Rousset, 1904 ; broch. in-8° de 109 pages.)

La brûlure détermine la psychopathie, soit par le shock nerveux, soit par l'intoxication qu'elle produit ; mais il importe de déterminer aussi exactement que possible la part qui revient à la brûlure dans la genèse de la psychopathie. C'est seulement par cette détermination exacte du rôle de la brûlure qu'on pourra résoudre les différents problèmes médico-légaux qui se posent, soit au point de vue des accidents du travail, soit au point de vue des affaires d'assurances, soit au point de vue de l'internement des malades. Les cas médico-légaux de cette nature sont rares ; mais, avec la loi de 1898 sur les accidents du travail, ils tendent à se généraliser.

Séance du 14 novembre 1904.

Présidence de M. le Dr MOTET.

M. le PRÉSIDENT met aux voix le procès-verbal de la précédente séance qui est adopté sans modification.

Il donne ensuite connaissance de l'état de santé M. le Dr Vallon, vice-président de la Société, qui a été blessé, comme on sait, d'un coup de couteau à la région cervicale externe, porté par un aliéné de son service. L'état général est bon et une amélioration des phénomènes paralytiques semble se dessiner.

La Société prie son Président de vouloir bien transmettre au Dr Vallon l'expression de sa plus profonde sympathie.

M. le PRÉSIDENT propose le renvoi à la Commission permanente d'une lettre d'un confrère, qui signale à la Société un incident auquel il a été mêlé personnellement à une audience de cours d'assises dans laquelle il était cité comme témoin.

La Commission sera également saisie de deux demandes d'avis concernant des questions professionnelles. (*Adopté.*)

M. le SECRÉTAIRE général donne connaissance de la correspondance et propose de déclarer deux vacances de *membre titulaire* (section médicale) en remplacement de MM. Ladret de la Charrière et Gilles de la Tourette. (*Adopté.*)

La Société déclare également plusieurs vacances de *membres correspondants* dans divers ressorts de cours d'appel, savoir : Alger, 2 ; — Angers, 1 ; — Caen, 2 ; — Douai, 1 ; — Nancy, 2 ; — Orléans, 1 ; — Rouen, 1.

Les candidats devront adresser leurs demandes, avec titres à l'appui, à M. le Secrétaire général.

M. le SECRÉTAIRE général présente à la Société, outre les périodiques ordinaires adressés par le Ministre de l'Instruction publique, les ouvrages spéciaux de médecine légale suivants :

Les maladies transmissibles par piqûres d'insectes et la loi du 9 avril 1898, par MM. G. Ollive et H. Le Meignen, médecins

des hôpitaux à Nantes (*Gazette médicale de Nantes*, n° du 23 juillet 1904).

Coups de couteau et coups de pieds ; empreintes de talons cloués ; observation médico-légale de M. le Dr H. Legludic, membre correspondant de la Société de médecine légale de France (Archives médicales d'Angers, n° du 20 juillet 1904).

Coups de couteau à la poitrine et à l'aîne ; ouverture de la veine fémorale ; mort, observation médico-légale de M. le Dr H. Legludic, membre correspondant de la Société de médecine légale de France (Archives médicales d'Angers, n° du 5 août 1904).

Plaies de l'anus par arme à feu ; crime ou suicide ; observation médico-légale par MM. les Drs Baraban et Pierre Parisot, professeurs à la faculté de médecine de Nancy. (Extrait de la Revue médicale de l'Est, n° du 15 juin 1904).

De l'automatisme ambulatoire, son importance au point de vue médico-légal, par MM. Ch. Février et D. Parisot, (Brochure in-8°, 1904.)

Inculpation de mauvais traitements envers une enfant ; intoxication accidentelle par l'oxyde de carbone, par MM. L. Garnier et P. Parisot. (Brochure in-8°, 1904).

Un cas d'éborgement ; rapport médico-légal, par M. le Dr P. Parisot. (Extrait de la Revue médicale de l'Est, n° du 25 octobre 1904).

Les thèses suivantes de la Faculté de médecine de Paris :

O. Genevoix : Les uréthrites chez les petits garçons.

P. Cazemajour : Considérations sur quelques résultats de l'application de la loi sur les accidents en France, au point de vue médico-légal ;

P. Rabier : Du rôle social du médecin ;

P. Darin : Les médecins et la mutualité ;

J. Hubert : La loi sur les accidents du travail et le secret professionnel ;

G. Bérault : La maison de tolérance considérée au point de vue hygiénique et social ;

G. Martin : Des psychopathies consécutives aux brûlures.

Ces diverses publications seront déposées dans la bibliothèque de la Société et analysées ultérieurement, s'il y a lieu, dans le *Bulletin*.

M. le SECRÉTAIRE GÉNÉRAL informe aussi la Société que, conformément aux délibérations prises dans la séance du 9 juillet dernier, il a transmis les vœux de la Société, concernant les réclames médico-pharmaceutiques, à M. le ministre de l'Intérieur, et celui relatif à la responsabilité des médecins militaires, à M. le ministre de la Guerre et à M. Berteaux, rapporteur de la loi sur le service de deux ans.

M. le Dr Granjux lit, au nom de la Commission des membres correspondants, un rapport sur la candidature de M. le professeur P. Parisot, de Nancy, au titre de membre correspondant.

Les conclusions de ce rapport seront soumises au vote de la Société dans la prochaine séance.

La parole est ensuite donnée à M. le Dr Chassevant pour la lecture de son rapport sur la question de survie dans l'affaire Tarbé des Sablons. Ce rapport est ainsi conçu :

UNE QUESTION DE SURVIE

ASPHYXIE PAR L'OXYDE DE CARBONE.

(Affaire Tarbé des Sablons).

Rapport de M. le Dr Allyre CHASSEVANT.

La Société de médecine légale, ayant reçu de M. le professeur Lacassagne le tirage à part d'une étude médico-légale sur une question de survie (affaire Tarbé des Sablons) a nommé une commission (1) chargée d'étudier cette question qui présente un intérêt considérable au point de vue médico-légal et juridique.

Pour pouvoir examiner, d'une façon complète, le cas particulier de la question de survie des époux Tarbé des Sablons, nous avons jugé utile de faire porter notre enquête, non seulement sur la brochure que nous avait

(1) Cette commission était composée de MM. Lefuel, président Vibert, Thoinot, Demange et Chassevant, rapporteur.

envoyée M. Lacassagne, où se trouvent résumées les conclusions de l'expertise faite par MM. Brouardel et Ogier, ainsi que les rapports de M. Descoust sur ce même sujet ; mais aussi sur ces rapports eux-mêmes. Nos collègues : MM. Brouardel et Descoust, nous ont donné communication de leurs rapports *in extenso* ; M. le professeur Brouardel nous a en outre confié toutes les pièces justificatives : interrogatoire, dépositions, etc., qu'il avait recueilli au cours de son expertise. Nous nous sommes largement inspirés de ces divers documents pour établir ce rapport.

Nous exposerons d'abord les conclusions de l'expertise de MM. Brouardel et Ogier, puis les conclusions de M. Lacassagne et celles de M. Descoust. Nous reprendrons ensuite chacun des faits particuliers, en insistant notamment sur ceux, qui ont amené ces auteurs à formuler des conclusions divergentes.

La mort des époux Tarbé des Sablons est survenue dans la matinée du 14 décembre 1900, elle a motivé une ordonnance de référé du président du Tribunal de la Seine du 15 décembre 1900 désignant M. le professeur P. Brouardel pour déterminer par tous moyens, notamment par l'autopsie, les moments auxquels ont eu lieu les décès de M. et Mme Tarbé des Sablons et l'ordre des dits décès.

M. le professeur Brouardel a procédé à l'autopsie le 16 décembre 1900 en présence du professeur Landouzy, médecin consultant et ami des défunts ; du Dr Bourcy, médecin des hôpitaux, leur médecin habituel ; des Dr^{es} Marie et Jouet, médecins du quartier, qui avaient été appelés par les personnes de l'entourage et qui avaient constaté les premiers les deux décès.

Les résultats des autopsies, l'examen du sang et les renseignements fournis par les divers témoins ont permis à M. Brouardel de formuler les conclusions suivantes :

« 1° La mort de M. et Mme Tarbé des Sablons a eu pour cause une intoxication par l'oxyde de carbone ;

« 2° L'un et l'autre avaient des affections qui les exposaient à la mort subite, mais celle-ci pouvait ne survenir que dans un temps plus ou moins éloigné ou même ne pas se produire ;

« 3° On ne saurait tirer des symptômes observés pendant la vie ou des lésions trouvées à l'autopsie des indications permettant de dire que des altérations pathologiques antérieures pouvaient, chez l'un ou l'autre, provoquer une mort plus rapide sous l'influence d'une intoxication oxycarbonée. »

MM. Brouardel et Ogier ont recherché les causes de l'intoxication par l'oxyde de carbone ; des expériences leur ont permis d'établir : qu'il existait dans le calorifère une défectuosité grâce à laquelle la fumée et les produits de combustion peuvent pénétrer dans les pièces par la bouche de chaleur.

C'est donc aux émanations de ce calorifère qu'il faut attribuer le décès de M. et Mme Tarbé des Sablons.

M. Brouardel cherche ensuite à déterminer dans quel ordre se sont produits les décès de M. et Mme Tarbé des Sablons, en s'appuyant sur les témoignages et rapports divers qu'il a pu recueillir.

Cette enquête, menée avec un soin extrême, comporte : des rapports écrits des médecins Jouet et Marie, qui n'ont vu que des cadavres, l'un à midi 20, l'autre à midi 35 ; des dépositions et des interrogatoires des domestiques, qui ont pénétré les premiers dans la chambre ; et aussi d'autres personnes, qui ont pu recueillir les premières impressions de ces domestiques.

Nous reproduisons *in extenso* les conclusions générales de l'expertise de M. le professeur Brouardel :

Conclusions générales :

« 1° La mort de M. et Mme Tarbé des Sablons survenue dans la matinée du 14 décembre 1900 a eu pour cause une asphyxie par absorption d'oxyde de carbone.

« 2° Les autopsies et les notes remises par les médecins traitants ont démontré que chacun d'eux avait une affection cardiaque grave, que celle-ci pouvait exposer à une mort rapide ou subite.

Mais cette hypothèse ne semble pas s'être réalisée lors de l'événement du 14 décembre et la maladie qui l'avait fait soulever pendant la vie pour Mme Tarbé ne paraît pas avoir eu d'influence sur l'accident ultime. Il en est de même pour M. Tarbé ;

« 3° La pénétration de l'oxyde de carbone dans la chambre, puis dans l'appareil respiratoire de M. et Mme Tarbé est due à une défectuosité du calorifère, grâce à laquelle la fumée et les produits de combustion pouvaient pénétrer dans le cabinet de toilette, puis dans la chambre par les bouches de chaleur ;

« 4° Pour déterminer dans quel ordre se sont produits les décès de monsieur et madame Tarbé des Sablons, la relation de leur maladie, les résultats des autopsies ne peuvent fournir aucune donnée, nous n'avons que les témoignages fournis par les médecins et les domestiques qui sont entrés les premiers dans leur chambre.

On n'en peut déduire une preuve certaine.

Mais l'impression de tous les témoins a été que M. Tarbé avait survécu à Mme Tarbé, qu'on pouvait espérer le sauver en lui donnant des soins ; que pour madame Tarbé tout espoir devait être abandonné. »

Consulté par les héritiers de Mme Tarbé des Sablons, M. le professeur Lacassagne, dans un premier rapport du 19 octobre 1901, discute longuement les circonstances de la mort des époux Tarbé des Sablons, d'après le rapport de MM. Brouardel et Ogier et les témoignages recueillis à Paris.

Ses conclusions générales sont les suivantes :

« 1° M. et Mme Tarbé des Sablons ont succombé aux suites d'une asphyxie par l'oxyde de carbone ;

« 2° Les résultats de l'autopsie, la disposition des lieux, la situation des deux cadavres prouvent que M. Tarbé a été plus intoxiqué que Mme Tarbé ;

« 3° L'un et l'autre étaient atteints de lésions cardiaques graves qui faisaient redouter à leurs médecins habituels l'éventualité d'une mort subite ;

Les lésions trouvées à l'autopsie du côté du myocarde et de l'artère coronaire de M. Tarbé, les adhérences pleurales, rendent compte de la possibilité d'une mort subite.

Chez Mme Tarbé, le cœur est trouvé un peu volumineux, mais sans lésions, il y a de l'aortite, les reins sont un peu rétractés ;

« 4° Les constatations faites par les experts démontrent que M. Tarbé a en effet succombé brusquement ou rapidement et que madame Tarbé a agonisé longtemps.

« 5° S'il n'y a pas de preuve directe du prédécès de l'un ou de l'autre des époux Tarbé, les circonstances de fait que nous avons mises en évidence constituent des présomptions médicales précises et concordantes du prédécès de M. Tarbé. »

M. Descoust, consulté par les héritiers de M. Tarbé des Sablons, examine les faits exposés dans le rapport de MM. Brouardel et Ogier, réfute les conclusions générales et partielles de M. Lacassagne et entreprend quelques expériences sur la léthalité de chiens intoxiqués par l'oxyde de carbone et placés dans des conditions analogues à celles qui ont dû amener la mort de M. et Mme Tarbé des Sablons. M. Descoust conclut de la façon suivante dans son premier rapport en septembre 1902.

« Il n'y a pas de preuve scientifique absolue du prédécès de Mme Tarbé ; mais les témoignages de la femme de chambre, du domestique, du pharmacien et de l'étudiant en médecine, les circonstances de fait et enfin les expériences que nous avons faites, constituent un ensemble de preuves assez précises et assez concordantes pour nous autoriser à dire, sans invoquer la présomption légale, que M. Tarbé est mort après Mme Tarbé ».

Dans un second rapport, en date du 12 janvier 1903, M. Lacassagne analyse le rapport de M. Descoust, discute ses expériences et les conclusions qu'il en a tirées, cite des observations d'intoxication par l'oxyde de carbone, notamment celle d'Emile Zola survenue le 28 décembre 1902 et formule les conclusions suivantes :

« La conclusion générale de M. Descoust est en contradiction complète avec les résultats scientifiques et les observations d'in-

toxication oxycarbonée sur l'homme ; elle est en contradiction avec les faits certains, constatés par les dépositions des témoins et par les procès-verbaux d'autopsie.

« Les expériences, qui peuvent être faites sur les animaux ne sont pas concluantes elles ne contredisent pas les observations précises, révélées par les auteurs sur l'intoxication oxycarbonée chez l'homme.

« Les résultats des expériences spéciales de M. Descoust sont inapplicables à une question de survie : nous en avons fait la démonstration positive. Ainsi nous concluons comme nous l'avons déjà fait, et avec plus de conviction encore.

« Il existe des présomptions médicales précises et concordantes, du prédécès de M. Tarbé.

M. Descoust répond dans un travail fait en février 1903 aux critiques formulées par M. Lacassagne et après avoir fait de nouvelles expériences, conclut de la façon suivante :

« En terminant cette nouvelle étude expérimentale sur les conditions les plus probables de survie de l'un ou l'autre des époux Tarbé nous dirons :

« Il n'y a pas de preuve scientifique absolue du prédécès de Mme Tarbé.

« Mais il n'existe pas, comme le dit M. Lacassagne, de présomptions médicales précises et concordantes du prédécès de M. Tarbé.

« Tout au contraire, les témoignages de la femme de chambre, du domestique, du pharmacien et de l'étudiant en médecine et enfin, les premières et les secondes expériences que nous avons faites, constituent un ensemble de preuves assez concordantes pour nous autoriser à dire à nouveau, sans besoin d'invoquer la présomption légale, que M. Tarbé est mort après madame Tarbé ».

MM. Brouardel, Lacassagne et Descoust examinant la question de survie des époux Tarbé des Sablons, arrivent à des conclusions différentes. Il convient donc d'examiner les circonstances de la mort des époux Tarbé et les divers points sur lesquels chacun de ces auteurs se base pour étayer son opinion.

Rappelons, tout d'abord, brièvement les faits en citant quelques dépositions :

Dépositions de la femme de chambre.

La déposition de la femme de chambre, Louise Genest, 21 ans, entendue le 30 décembre 1900, devant les parties, reproduit la déposition qu'elle a faite le 14 décembre 1900 devant le commissaire de police ; elle permet de reconstituer en partie les actes accomplis par les époux Tarbé et qui ont précédé leur mort.

« Le soir du 13 décembre, après un repas consistant en veau et choux de Bruxelles, M. et Mme Tarbé des Sablons se sont couchés vers 9 heures 1/2. M. Tarbé dit à la femme de chambre de laisser ouverte la porte qui fait communiquer la chambre à coucher froide avec le cabinet de toilette plus chaud.

« Madame Tarbé lui fit apporter une potion d'éther dont elle faisait usage depuis longtemps.

« Quand, à 10 h. 1/4, Louise Genest se retira, M. Tarbé lisait le journal à haute voix à sa femme.

« Louise Genest revint le lendemain matin vers 8 h. 1/2, la porte de communication était ouverte. Le cabinet de toilette était en désordre, on avait fait une infusion de thé.

« Madame Tarbé était couchée sur le côté droit, elle paraissait dormir. M. Tarbé était assis sur une chaise. Il indique avec la main à Louise Genest de se retirer, sans doute pour ne pas réveiller sa femme. Il lui montre une petite cuvette dans laquelle Madame Tarbé avait vomi, cette cuvette contenait des choux de Bruxelles et des morceaux de veau mal mâchés.

« A 9 1/2, M. Jean Cahen vient pour saluer sa tante ; la femme de chambre et M. Cahen regardèrent par la porte, ils virent madame Tarbé couchée sur le côté droit, paraissant dormir ; M. Tarbé assis à côté du lit, la tête appuyée sur ses bras placés sur le bord du lit. L'un et l'autre ronflaient.

M. J. Cahen et la femme de chambre se retirèrent.

« A 11 h. 3/4 (il est dit 11 1/2 dans le rapport du commissaire), Louise Genest rentre dans la chambre, M. Tarbé était encore assis près du lit le bras gauche étendu du côté de la tête de sa femme, le mari tenait une petite cuvette où il y avait quelques vomissements, la tête était reposée sur le lit, un peu appuyée sur l'estomac de sa femme. Madame Tarbé était exactement dans la même position qu'à 8 h. 1/2, couchée sur le côté droit.

« Louise Genest veut retirer la cuvette de la main de M. Tarbé, elle constate que les doigts sont souples, mais M. Tarbé ne bouge pas ; elle l'appelle, lui relève la tête, remue ses bras, lui entr'ouvre la paupière sans le réveiller.

« Elle porte la main sur le bras de Madame Tarbé et constate qu'il est froid. Madame Tarbé était toujours couchée sur le côté droit, elle n'avait pas changé de position.

« Elle appelle le concierge, le valet de chambre. Puis, M. Boette, pharmacien, et M. Guérin, étudiant en médecine, arrivent.

Le 16 janvier 1901, entendue à nouveau, Louise Genest répond ainsi qu'il suit à M^e Poinot, avoué.

« D. Pouvez-vous dire quel est, d'après vous, celui des deux époux qui a succombé le premier.

R. Quand je suis rentrée à 11 h. 1/2, madame Tarbé était déjà froide ; j'ai écouté la poitrine de M. Tarbé, il y avait quelques légers battements de cœur. Le corps de M. Tarbé était souple.

Sur interpellation :

J'ai écouté moi-même avec l'oreille ; du reste, le valet de chambre aussi.

On a été cherché un médecin surtout pour Monsieur.

D. Pourquoi n'avez-vous pas dit cela ni au commissaire de police, ni lorsque vous êtes venue ici la première fois ?

R. On ne me l'a jamais demandé.

D. L'avez-vous raconté à quelqu'un ?

R. Je ne crois pas en avoir causé.

D. Avez-vous vu madame et mademoiselle Malapeit.

R. Je ne les connais pas. »

Déposition du valet de chambre.

Le valet de chambre Jules Régnier déposa le 20 décembre 1900 de la façon suivante :

« Après le dîner M. et Mme Tarbé ont joué aux cartes, Tous deux étaient gais. Je suis sorti vers 11 h. 1/2, en rentrant vers midi, la femme de chambre et le concierge m'ont dit de monter auprès de M. et Mme Tarbé. était dans son lit, couchée sur le côté droit, la main et le bras étaient froids.

« M. Tarbé était assis près du lit, un bras sur le lit, la tête sur ce bras, je lui ai fait des frictions sur le visage avec du vinaigre. Le pharmacien est arrivé, nous avons porté Monsieur sur le lit, puis les médecins sont arrivés.»

Le 9 janvier 1901, interrogé par M^e Poinot, avoué, il fit les réponses suivantes.

« D. Que s'est-il passé le 14, vers midi, chez M. et Mme Tarbé ?

R. Quand je suis arrivé vers midi, j'ai tâté Mme Tarbé, la main était froide, la joue gauche était froide. J'ai pris M. Tarbé par les épaules pour le relever, il avait les yeux fermés: je l'ai frictionné avec de l'éther et du vinaigre jusqu'à l'arrivée des médecins. J'ai mis la main sur le cœur, j'ai senti quelques mouvements sous le sein gauche et ensuite au poignet.

Sur interpellation :

— Je suis absolument sûr de ce que je dis.

D. Pourquoi n'en avez-vous pas parlé auparavant ?

R. On ne me l'a pas demandé dans les interrogatoires précédents. »

Il faut citer encore à côté de ces témoignages ceux des personnes qui les premières sont entrées dans la chambre. Nous allons les résumer d'après le rapport de M. Brouardel.

C'est d'abord M. Boette, pharmacien, qui est entré vers 11 h. 3/4 dans la chambre. Il dit : « Madame Tarbé était très froide, M. Tarbé froid, peut-être moins. » Il ajoute : « J'avais peut-être une idée préconçue à cause de ce que m'avait dit la concierge. Celle-ci avait dit : « Venez vite Mme, Tarbé est morte, M. Tarbé ne vaut guère mieux. »

M. Charles Guérin, étudiant en médecine, est entré vers midi 1/4 dans la chambre, il dit dans sa déposition : « Le corps de M. Tarbé était encore chaud, celui de Mme Tarbé était froid, du moins ce fut mon impression.

La figure de M. Tarbé était encore rouge rosée, celle de Madame avait les traits livides, cet examen m'a donné l'impression que madame Tarbé était morte la première. »

M. le Dr Jouet, qui a été appelé vers midi 20, fait la déclaration suivante, dans sa déposition écrite du 18 décembre 1900 :

« A mon entrée dans la chambre à coucher, j'ai trouvé M. Tarbé étendu sur son lit ; à côté, sur un autre lit, se trouvait Mme Tarbé couchée sur le côté droit. Tous deux ne donnaient aucun signe de vie.

« Un premier examen très rapide m'a donné l'impression que M. Tarbé avait les mains et le visage moins refroidis que madame Tarbé, et que c'était à lui que devaient d'abord s'adresser mes soins. Aucun battement du cœur n'a pu être constaté ; néanmoins, j'ai pratiqué les tractions rythmées de la langue et la respiration artificielle pendant environ 20 minutes. Préalablement, j'avais retiré de la bouche un dentier du maxillaire supérieur, qui ne tenait que par ses deux extrémités et, étant descendu dans la bouche, aurait gêné l'entrée de l'air dans les mouvements de la respiration artificielle.

« En même temps étaient pratiquées des applications d'eau très chaude sur la région précordiale. Ces diverses manœuvres n'ont été suivies d'ailleurs d'aucun résultat.

« Pendant quelques instants, je m'étais fait remplacer dans les soins à donner à M. Tarbé, par M. X., étudiant en médecine, qui se trouvait là et je m'étais rapproché de Mme Tarbé pour pratiquer aussi quelques tractions rythmées de la langue. A aucun moment (pour elle de même que pour M. Tarbé), aucun signe de vie n'a été constaté. J'ai remarqué à côté d'elle quelques traces de vomissements verdâtres.

« A l'arrivée du médecin de la famille, M. le Dr Bourcy, vers midi quarante, je me suis retiré. »

Il nous paraît inutile de multiplier les citations de témoignages, qui tous se rapportent aux déclarations de la femme de chambre, du domestique ou des médecins qui, les premiers, ont approché les cadavres.

Revenons maintenant à l'examen des points qui, interprétés différemment par nos éminents collègues, les ont amenés à formuler des conclusions en apparence plus contradictoires qu'elles ne le sont réellement.

Il y a d'abord un point non douteux et admis par tous, c'est que M. et Mme Tarbé des Sablons ont succombé tous deux aux suites de l'intoxication par l'oxyde de carbone.

Cette double intoxication a été démontrée par Ogier d'une façon certaine, par l'examen spectroscopique du sang.

Des expériences ont, en outre, permis d'établir que l'oxyde de carbone provenait d'une défectuosité du calorifère et avait pénétré dans le cabinet de toilette par la bouche de chaleur, puis s'était répandu dans la chambre.

L'heure probable des deux décès doit être située entre 9 h. 1/2 moment où la femme de chambre et Jean Cahen

ont entendu les ronflements, et 11 h. 1/2, moment où la femme de chambre a pénétré dans la chambre.

On ne peut pas faire état des témoignages des domestiques, en ce qui concerne les battements du cœur perçus avec la main ou entendus pareux; car d'une part, ce n'est que dans une déposition tardive que ce fait a été signalé pour la première fois; et ensuite surtout, parce qu'une personne compétente, rompue à cet examen délicat est seule capable de reconnaître si les battements du cœur ne sont pas suspendus, principalement dans l'état de mort apparente.

L'expert ne doit pas non plus faire état, sans formuler les plus grandes réserves, de l'impression des témoins qui s'accordent cependant à dire que « Monsieur semblait pouvoir être ranimé ».

C'est donc à juste titre que MM. Brouardel et Ogier n'ont pas tenu compte de cette impression dans leur conclusion 4.

M. Lacassagne arrive du reste aux mêmes conclusions lorsqu'il dit : « Nous devons donc chercher ailleurs, non pas les preuves directes du prédécès, car avec MM. Brouardel et Ogier nous sommes d'avis qu'il n'y en a pas eu, mais des présomptions. »

M. Descoust semble attacher plus d'importance aux impressions des témoins; mais la première phrase de sa conclusion générale est conforme à la 4^e conclusion du rapport de MM. Brouardel et Ogier :

« Il n'y a pas de preuve scientifique absolue du prédécès de Mme Tarbé. »

Il y a donc accord absolu entre MM. Brouardel et Ogier, M. Lacassagne et M. Descoust, et nous partageons leur opinion, si bien exprimée dans le rapport de MM. Brouardel et Ogier par cette phrase de la 4^e conclusion.

« On ne peut déduire de preuves certaines. »

Nous pourrions terminer ici notre rapport, car sur ces questions de survie, il faut, nous semble-t-il, que le médecin expert administre la *preuve* certaine du prédécès de l'un des deux décédés ou de la survie de l'autre.

MM. Brouardel et Ogier étant arrivés à la conviction que la preuve certaine de l'ordre des décès de M. et Mme Tarbé des Sablons ne pouvait être donnée, ni par la relation de leurs maladies ni par les résultats des autopsies ; convaincus, en outre, que les témoignages des médecins et des domestiques ne pouvaient donner que des impressions, n'ont pas jugé utile de discuter toutes les hypothèses médicales, qui pouvaient ne donner que des présomptions.

M. Lacassagne et M. Descoust, en l'absence de preuves certaines, se sont efforcés d'établir les présomptions de survie de l'un des deux époux, par une discussion scientifique des symptômes constatés à l'autopsie, par les témoignages, et aussi par des probabilités scientifiques déduites de l'expérimentation sur les animaux.

M. Lacassagne s'est appliqué à étudier diverses hypothèses et arrive à admettre : que M. Tarbé a été fortement intoxiqué ; qu'il avait des altérations du cœur et des vaisseaux qui le prédisposaient d'une façon toute particulière à la mort subite ; qu'il est mort rapidement au cours d'une intoxication oxycarbonée. Sa femme serait morte au contraire lentement et après une agonie prolongée.

M. Lacassagne s'attache à démontrer que la coloration de la peau et du visage de M. Tarbé était due à une intoxication plus profonde et plus complète, il est de même disposé à croire que le corps de M. Tarbé présentait une température plus élevée pour la même raison ; il dit même, p. 37 :

« La face de M. Tarbé était rosée avec plaques aux différentes parties du visage et aux oreilles, les lèvres

étaient noires, une écume rosée sortait de la bouche, la chaleur paraissait conservée, toutes ces constatations montrent qu'il était mort depuis longtemps ; Mme Tarbé a été trouvée très froide parce qu'elle venait de succomber. »

M. Lacassagne regrette qu'il n'ait pas été fait de dosage de la proportion d'oxyde de carbone renfermé dans le sang des cadavres.

Il admet cependant que M. Tarbé a été soumis à une intoxication plus profonde, qui a amené une asphyxie plus rapide et à terminaison brusque, alors que Mme Tarbé a eu une intoxication lente ; il en donne pour preuve le fait de la présence d'un caillot agonique, constaté dans le cœur de Mme Tarbé à l'autopsie, et l'absence d'un caillot analogue dans le cœur de M. Tarbé.

M. Descoust présente à cette hypothèse une objection sérieuse.

La présence ou l'absence de ces caillots dans les cavités du cœur ne veut pas toujours dire mort lente ou mort rapide ; et il le démontre par les autopsies d'animaux intoxiqués lentement et rapidement par l'oxyde de carbone.

Nous n'insisterons pas sur la discussion relative aux vomissements, quoique M. Lacassagne semble attacher une grande importance à la présence des vomissements sur l'oreiller de Mme Tarbé, prétendant que ces vomissements ont été émis après la mort de M. Tarbé ; pour Descoust, au contraire, les vomissures auraient été rendues par M. Tarbé. Nous sommes en pleines hypothèses, chacun peut en émettre de différentes suivant son impression personnelle.

En résumé, M. Lacassagne s'est efforcé de démontrer que M. Tarbé est mort brusquement et rapidement et que Mme Tarbé a agonisé longtemps.

Le fait est possible, et la brillante argumentation de notre érudit collègue semble le présenter comme proba-

ble ; mais, comme le dit M. Descoust, l'intoxication de Mme Tarbé a commencé bien avant celle de M. Tarbé ; puisque ce dernier a pu encore se rendre dans le cabinet de toilette pour prendre une cuvette entre 9 h. 1/2 et 11 h. 1/2 du matin.

En admettant comme démontrée l'hypothèse de la mort rapide de M. Tarbé, elle ne serait pas forcément antérieure à celle de Mme Tarbé.

Les expériences d'intoxication par l'oxyde de carbone, faites par M. Descoust sur les animaux, sont très intéressantes ; nous regrettons de ne pas pouvoir les analyser en détail, mais nous ferons remarquer qu'elles ne donnent pas de preuves absolues de l'ordre des décès.

L'action toxique de l'oxyde de carbone se manifeste avec des différences considérables, même lorsqu'il s'agit d'individus de même espèce, ainsi que le démontrent les nombreuses observations médico-légales d'intoxication collective par ce poison (1). Il nous semble qu'il ne faut pas conclure trop étroitement de l'animal à l'homme.

Les observations d'intoxication oxycarbonée chez l'homme, signalées par M. Lacassagne dans son deuxième rapport, quoique si judicieusement choisies, diffèrent encore trop des conditions réalisées dans le cas de la mort des époux Tarbé, pour leur être utilement comparées.

Le cas d'Emile Zola, notamment, qui a été rapporté par M. Lacassagne d'après le journal *Le Temps*, et forcément d'une manière incomplète, ne peut aucunement être comparé à celui qui nous occupe, ainsi qu'il m'a été facile de m'en rendre compte à la lecture du rapport médico-légal fait par MM. Brouardel et Ogier sur le décès d'Émile Zola, que m'a communiqué notre collègue Ogier.

En résumé, nous estimons que les conclusions du rapport de MM. Brouardel et Ogier sur la question de sur-

(1) Voir OGIER et SOCQUET : Cas d'intoxication par l'oxyde de carbone. *Bulletin de la Société de médecine légale de France*, t. XI, p. 80.

vie sont celles que nous devons adopter ; nous les répétons ici :

« Pour déterminer dans quel ordre se sont produits les décès de M. et Mme Tarbé des Sablons, la relation de leur maladie, les résultats des autopsies ne peuvent fournir aucune donnée ; nous n'avons que les témoignages fournis par les médecins et les domestiques qui sont entrés les premiers dans la chambre. On ne peut déduire une preuve scientifique de ces autopsies et de ces témoignages. »

Personnellement, nous estimons que, en matière de survie, l'expert ne doit tenir compte que des faits d'une certitude absolue. Ecarter résolument toute preuve de probabilités telle que :

1° Témoignages de personnes non compétentes ; constatation de l'existence des battements du cœur, du pouls, de mouvements respiratoires faits par des non médecins. Tous ceux qui ont approché des cadavres savent combien il est facile de s'illusionner à ce sujet.

2° Toute hypothèse non basée sur des faits tangibles et scientifiquement démontrés.

Les analogies les plus vraisemblables pouvant amener à des résultats manifestement erronés.

Il nous semble donc que l'on doit conclure, dans ces questions délicates, avec une prudence extrême, et laisser dans le doute absolu tout ce que nous ne pouvons pas constater d'une façon certaine.

Ni les présomptions médicales, ni les impressions testimoniales concordantes ne doivent inciter l'expert à affirmer l'ordre successif de plusieurs décès, alors qu'aucune preuve réelle ne vient corroborer ces impressions.

M. le PRÉSIDENT. — L'affaire Tarbé des Sablons n'étant plus pendante devant les tribunaux et se trouvant complètement

terminée, la Société est libre de discuter le remarquable rapport de M. le Dr Chassevant comme elle l'entendra ; mais il me semble qu'il y aurait intérêt à ne le faire qu'après la publication de ce rapport dans notre *Bulletin*.

M. CHASSEVANT. — Je me permets d'appuyer cette proposition et de demander qu'on publie en même temps le rapport inédit de MM. Brouardel et Ogier, dont je n'ai pu donner que des extraits. Quant à ceux de MM. Descoust et Lacassagne, ils ont été l'un et l'autre déjà publiés : le premier en deux brochures distinctes (1), le second dans les *Archives d'anthropologie criminelle* (2).

La Société adopte cette proposition.

Le Dr DIDIER lit sa communication sur un cas de meurtre ou d'homicide par imprudence. M. le Président adresse à M. le Dr Didier des félicitations pour ce travail si intéressant qui sera publié dans le *Bulletin* de la Société (3).

Le Dr Granjux donne lecture du mémoire de M. le médecin-major de 1^{re} classe Freilet et de M. le Dr Dufour, sur un cas d'asphyxie par submersion.

La Société décide que cet intéressant mémoire sera publié dans le *Bulletin* de la Société et vote des remerciements à ses auteurs (3).

Le Secrétaire de séances,

GRANJUX.

(1) Rapport médical de M. le Dr Descoust, affaire Tarbé des Sablons ; Paris, 1903, brochure in-4° de 36 pages avec plan des lieux annexé. — Réponse aux objections formulées contre les conclusions de notre premier rapport par M. le professeur Lacassagne ; Paris, 1903, brochure in-4° de 29 pages.

(2) Publié dans le n° du 15 juillet 1903, le rapport de M. le Dr Lacassagne a été l'objet d'un tirage à part, formant une brochure de 75 pages.

(3) Cette étude sera publiée dans notre prochain *Bulletin*.

DOCUMENTS ANNEXES

**Rapport de M. le Professeur P. Brouardel et de M. Ogier
sur l'affaire Tarbé des Sablons**

Commis le 15 décembre 1900 par ordonnance de M. le Président du Tribunal de la Seine, statuant en référé, avec mission de « déterminer par tous moyens, notamment par l'autopsie, les moments auxquels ont eu lieu les décès de M. et Mme Tarbé des Sablons et l'ordre des dits décès », l'ordonnance ajoutait : « Disons que le dit expert devra s'entourer de tous renseignements auprès de toutes personnes de l'entourage des défunts, médecins, amis, domestiques ou autres, et notamment auprès des docteurs Bourcy et Landouzy, médecins habituels des défunts et des deux autres médecins, qu'il devra autant que possible faire l'autopsie en présence de ces quatre médecins » ;

Conformément à cette ordonnance, j'ai procédé à l'autopsie des corps de Mme et M. Tarbé des Sablons le 16 décembre 1900 en présence de Messieurs les docteurs Landouzy, Bourcy, Main et Jouet.

Autopsie de Mme Tarbé des Sablons

Le cadavre est celui d'une personne âgée de plus de 63 ans. La putréfaction n'est pas commencée. Sur les parties déclives, on voit de larges lividités cadavériques n'ayant pas de coloration spéciale.

Le cadavre n'est pas amaigri.

On ne trouve sur le corps aucune trace de violence.

A la région occipito-pariétale droite et à la région frontale on note la présence d'une loupe.

La langue, le pharynx, ne présentent aucune lésion ou coloration particulière. L'estomac contient 25 à 30 grammes de liquide sans odeur ou caractère spécial.

La muqueuse digestive ne présente aucune lésion ou érosion. Il n'y a pas de lésion appendiculaire.

Le foie est volumineux, un peu dur; il pèse 2 kilog. 250.

Les poumons sont un peu congestionnés à leur base, il n'y a pas de tubercules. Les bronches contiennent quelques mucosités non colorées.

Le cœur est un peu volumineux. Le ventricule droit con-

tient un caillot qui mesure 20 centimètres de longueur, y compris son prolongement dans l'artère pulmonaire. C'est un caillot d'agonie sans adjonction de caillot embolique venu d'une autre partie du corps. Le ventricule gauche contient un petit caillot fibrino-cruorique. La valvule mitrale est saine. Les valvules sygmoïdes de l'aorte sont indurées, athéromateuses. L'aorte présente de nombreuses taches athéromateuses, dures sous le doigt, stigmates d'une aortite ancienne.

Nous recueillons quelques grammes du sang contenu dans les cavités du cœur pour les soumettre à l'examen spectroscopique.

Les deux reins sont un peu rétractés, ils se décortiquent difficilement par places.

A la partie supérieure et latérale gauche de l'utérus, il existe une tumeur fibreuse pesant 1.070 grammes. L'ovaire du même côté est le siège d'une dégénérescence kystique assez volumineuse.

La vessie, distendue par l'urine, est repoussée en haut et à droite par la tumeur fibreuse et le kyste de l'ovaire. L'analyse de l'urine montre qu'elle contient une notable proportion de sucre et de l'albumine. Le dépôt soumis à l'examen microscopique montre quelques cellules épithéliales pavimenteuses.

Le cerveau, le cervelet et le bulbe ne présentent aucune lésion en foyer. L'artère basilaire ne contient pas de caillot ; sur ses parois on note deux petites plaques athéromateuses. Il en est de même pour l'artère sylvienne.

Autopsie de M. Tarbé des Sablons

Le corps de M. Tarbé des Sablons est celui d'un homme vigoureux, un peu gras, âgé de 62 ans.

La putréfaction n'est pas commencée. Les parties déclives sont couvertes de larges taches formées par des lividités cadavériques de couleur rosée.

Il n'y a sur le corps ni érosion, ni ecchymose. La muqueuse de la bouche, de la langue, ne présente ni érosion, ni coloration spéciale.

Les poumons sont congestionnés, surtout le poumon gauche. La base du poumon gauche est un peu dure, mais les divers fragments projetés dans l'eau surnagent tous. Les poumons sont unis aux plèvres par des adhérences anciennes,

notamment le poumon gauche. Les deux sommets présentent des cicatrices de tuberculose ancienne guérie.

Le cœur est volumineux, chargé de graisse à sa surface ; en certains points ce pannicule graisseux mesure deux centimètres d'épaisseur. Le muscle cardiaque est jaune.

A l'examen histologique, les cellules du myocarde ne présentent pas de lésions notables, et spécialement pas de dégénérescence graisseuse. On remarque seulement de fines granulations qui rendent la striation un peu moins nette ; mais très vraisemblablement cet état est dû au commencement de la putréfaction.

Le tissu cellulaire présente une certaine prolifération, laquelle n'existe guère qu'au voisinage des artérioles ; en ces points, la gangue conjonctive se prolonge sur une étendue qui atteint parfois le double du calibre vasculaire. Elle est composée de fibres peu serrées, et en général dépourvue de cellules. Cependant, en quelques points très rares, on voit une accumulation de leucocytes : une trentaine, très rapprochés les uns des autres.

En résumé, sur les parties examinées, il existe une légère myocardite interstitielle, encore en voie d'évolution lente ; il n'y a pas de lésions appréciables des cellules musculaires.

Les cavités du cœur sont vides, il n'y a pas de caillots dans les ventricules, les oreillettes, l'artère pulmonaire et l'aorte. Les valvules mitrales et aortiques sont saines. On recueille une vingtaine de grammes de sang pour le soumettre à l'examen spectroscopique.

L'aorte est un peu rougeâtre avec un pointillé de petites taches jaunâtres. Il n'y a pas d'aortite récente ou ancienne.

L'artère coronaire ne contient pas de caillots. Les parois sont un peu dures et parsemées de cinq ou six plaques d'athérome.

L'estomac contient une certaine quantité (100 à 120 grammes) de liquide sanguinolent, rosé. La muqueuse est maculée d'ecchymoses en série, plus abondantes au niveau des plis de la muqueuse gastrique.

Le foie paraît normal. Il pèse 1810 grammes.

Les reins sont normaux. Ils se décortiquent facilement.

La vessie contient 150 grammes d'urine. Elle renferme un peu d'albumine. L'examen microscopique du dépôt montre de nombreuses cellules épithéliales, les unes pavimenteuses, les autres en raquettes. On y trouve aussi quelques globules rouges.

Le cerveau, le cervelet, le bulbe, ne présentent aucune lésion en foyer. La substance blanche est piquetée par un semis de petits points rouges.

Le tronc basilaire, un peu dur, a une petite plaque d'athéromes. Il ne contient pas de caillot.

Examen du sang de M. et Mme Tarbé.

Les échantillons du sang de M. et Mme Tarbé des Sablons, prélevés lors de l'autopsie, ont été soumis à l'examen spectroscopique.

Après dilution dans une proportion convenable d'eau distillée, les solutions sanguines ont été filtrées et placées dans des cuves de verre à faces parallèles, devant la fente d'un spectroscope. Les spectres ont alors montré les deux bandes d'absorption caractéristiques du sang. Dans chacune des deux cuves on a ajouté 7 ou 8 gouttes de sulphydrate d'ammoniaque, et les spectres ont été examinés de nouveau après 5, 10 et 20 minutes : une réduction partielle s'est produite, c'est-à-dire que l'espace intermédiaire entre les deux bandes, primitivement clair, s'est un peu assombri, mais les deux bandes primitives ont persisté, très visibles, quoique moins nettes qu'auparavant. Cette visibilité des deux bandes, même longtemps après l'addition du sulphydrate d'ammoniaque, indique que les deux échantillons de sang examinés contiennent une hémoglobine transformée autre que l'hémoglobine du sang normal. On sait en effet que, dans les conditions précitées, les deux bandes d'absorption du sang normal se transforment en une seule, occupant à peu près l'espace intermédiaire entre les deux bandes primitives, et que, si le sang renferme de l'oxyde de carbone combiné à l'hémoglobine, la réduction des deux bandes ne se produit pas ou ne se produit qu'imparfaitement.

Il faut donc conclure de ces expériences que le sang des époux Tarbé contient de l'oxyde de carbone. La réduction partielle des deux bandes en une seule montre que la transformation de l'oxyhémoglobine en hémoglobine oxycarbonée n'a pas été totale ; c'est ce qui arrive d'ordinaire dans les asphyxies par l'oxyde de carbone, la mort survenant bien avant que le gaz toxique ait remplacé la totalité de l'oxygène dans l'hémoglobine normale.

L'examen spectroscopique ne donne guère d'indications précises quand l'hémoglobine transformée n'est pas au moins

dans la proportion de 1/7 par rapport à l'hémoglobine normale. Du seul fait que la présence du gaz toxique est visible par l'examen spectroscopique, on peut donc déduire que la dose d'oxyde de carbone absorbée par les deux victimes a été assez considérable.

Notes données par les médecins qui ont soigné M. et Mme Tarbé des Sablons.

M. le Dr Bourcy nous a remis la note suivante :

Je fus appelé pour la première fois dans la famille Tarbé en 1887, en l'absence du Dr Landouzy, alors son médecin habituel ; il y a 7 ou 8 ans, je devins à mon tour médecin habituel, le Dr Landouzy continuant à être appelé de temps à autre à titre de consultant.

Dans cette période, je ne fus que rarement consulté par M. Tarbé ; en 1887, pour une hémoptysie ; à différentes reprises pour de l'oppression, des palpitations ; il y a environ trois ans, pour des accès douloureux rappelant l'angor pectoris.

Je vis M. Tarbé pour la dernière fois le 12 décembre 1900 : je le vaccinaï ainsi que la famille. Il se plaignait d'avoir souffert les jours précédents de palpitations, et de douleurs vagues dans la tête. L'auscultation ne révélait, du côté du cœur, aucun bruit anormal ; l'hypertrophie de l'organe était manifeste.

L'histoire pathologique de Mme Tarbé, peut se résumer ainsi :

1° *Fibrome utérin*, volumineux, multilobé, pédiculé, mobile dans la cavité abdominale, n'ayant donné lieu à aucun accident dans les dernières années.

2° *Diabète sucré* à faible polyurie (2 à 2 litres 1/2), chiffre de sucre variable (15 à 35 gr. par litre). Parfois trace d'albumine.

Au printemps 1899, accidents graves : diarrhée, vomissements demi-coma.

Rétablissement incomplet : pâleur, asthénie, nervosisme plus accentué que jamais.

Le 12 décembre, dernière visite ; vaccination, une seule piqûre à chaque bras.

3° *Aortite*. Remontant à de longues années, existait déjà quand je commençai à suivre régulièrement Mme Tarbé :

Caractérisée par un souffle systolique, fort, rude, perceptible au niveau du foyer d'auscultation de l'orifice aortique et le long de la première portion de la crosse. (Rétrécissement aortique et aortite).

Comme signes fonctionnels, barre rétro-sternale, sensation de défaillance, pâleur subite de la face.

Ces divers phénomènes, s'étant fortement accentués dans les

dernières années, m'avaient inspiré des craintes dont je fis part à la famille.

BOURCY.

M, le docteur Landouzy m'a remis la note suivante :

Mme Edm. Tarbé, de tempérament nerveux, très impressionnable, se dépensant beaucoup, menant une vie aussi peu hygiénique que possible (très mondaine, ne marchant jamais), a été vue par moi pendant ces dernières dix-huit années, soit comme médecin traitant d'abord, soit ensuite comme médecin consultant.

Phénomènes objectifs constatés : depuis 15 ans au moins, corps fibreux utérin (sans métrorrhagies), rétrécissement aortique, aortite, foie volumineux ; depuis 10 ans environ, diabète sucré oscillant entre quelques grammes et plus de 40 gr. par litre.

Diabète se réduisant facilement et cela plutôt par l'hygiène et la diététique que par la médication. L'an dernier et cette année, hausse dans la quantité de sucre rendue dans les 24 heures avec asthénie, torpeur faisant redouter l'apparition du coma diabétique.

M. Edm. Tarbé, de tempérament arthritique (migraines, hémorroïdes, camptodactylie, érythème marginé) ; de nature vive et impressionnable, de vie sédentaire (vie de cabinet ou de théâtre) ; a été vu par moi, médecin traitant ou consultant, à intervalles irréguliers, pour des malaises ou des indispositions plutôt que pour des maladies : les seuls phénomènes qui aient, à plusieurs reprises, frappé son attention et l'aient fixée sur des questions d'hygiène et de régime auxquels il consentait difficilement à se soumettre furent : des lourdeurs de tête, des oppressions faciles, des accès d'angoisse précordiale, des accès de gêne sternale, une tendance à l'obésité, de légères et fugaces hémoptysies.

Un cœur large et hypertrophié, aux bruits sourds ; un foie facile à congestionner ; la dyspnée d'effort, furent les seules observations constatées à cinq ou six reprises au cours des dernières 18 années pendant lesquelles je vis M. Tarbé, soit chez lui, soit chez moi.

LANDOUZY.

On m'a remis, en outre, deux analyses des urines de Mme Tarbé des Sablons faites par M. J. Dhuicque, pharmacien.

31 mai 1900

12 octobre 1900

Urée.....	15 gr. 045	par litre..	16,23
Albumine...	0	—	0
Sucre.....	13 » 54	—	19.84

En résumé, de l'autopsie et des notes remises par les méde-

cins qui ont donné des soins pendant leur vie à Mme et à M. Tarbé des Sablons, il ressort que :

1^o Mme Tarbé des Sablons était atteinte depuis plusieurs années d'un diabète sucré de moyenne intensité.

Pendant cette maladie elle a eu une lésion du cœur, altération des valvules sigmoïdes de l'aorte ayant produit un rétrécissement de l'orifice aortique, plus une inflammation de l'aorte (aortite).

Les reins étaient un peu sclérosés. Il y avait des plaques athéromateuses des artères de l'encéphale.

Ces lésions, reconnues pendant la vie, avaient fait craindre aux médecins qui lui donnaient des soins, une mort subite ou presque subite ; ils avaient fait part de leurs inquiétudes à la famille.

Mme Tarbé des Sablons avait en outre une tumeur fibreuse utérine ancienne, volumineuse.

Une mort subite était donc possible, elle pouvait être provoquée par un incident quelconque, émotion, maladie, chute, etc.

2^o M. Tarbé des Sablons avait eu autrefois des lésions pulmonaires. (Tuberculose des sommets des poumons, adhérences de la plèvre). Elles étaient complètement guéries.

Le cœur avait une surcharge graisseuse considérable avec une myocardite interstitielle en évolution, elle n'était pas encore intense, l'artère coronaire portait quelques plaques athéromateuses. Pendant sa vie, M. Tarbé avait eu des gênes de la respiration, des accès d'oppression qui avaient rappelé certaines formes de l'angine de poitrine.

Une mort subite pouvait donc également survenir sous l'influence d'un incident morbide ou même sous l'influence d'une émotion.

On trouvait en outre, au moment de l'autopsie, une coloration rosée intense des lividités cadavériques et une hémorrhagie de sang rosé dans l'estomac.

3^o L'examen spectroscopique du sang des deux cadavres a montré que tous les deux renfermaient une quantité notable d'oxyde de carbone.

Conclusions : 1^o La mort de M. et de Mme Tarbé des Sablons a eu pour cause une intoxication simultanée par l'oxyde de carbone.

2^o L'un et l'autre avaient des affections qui les exposaient à la mort subite, mais celle-ci pouvait ne survenir que dans un temps plus ou moins éloigné, ou même ne pas se produire.

3° On ne saurait tirer des symptômes observés pendant la vie ou des lésions trouvées à l'autopsie une indication permettant de dire que les altérations pathologiques antérieures pouvaient, chez l'un ou l'autre, provoquer une mort plus rapide sous l'influence d'une intoxication oxycarbonée.

Dans quelles conditions M. et Mme Tarbé des Sablons ont-ils pu être intoxiqués par l'oxyde de carbone ?

La présence de l'oxyde de carbone dans le sang de M. et Mme Tarbé des Sablons devant nécessiter des recherches et des expériences, je demandai à M. le président de vouloir bien désigner un expert chimiste pour procéder à ces opérations. M. Ogier, chef de laboratoire de toxicologie, fut commis par M. le président.

M. et Mme Tarbé des Sablons sont morts dans leur chambre. Mme Tarbé, au dire des témoins, était dans son lit, couchée sur le côté droit, M. Tarbé était assis dans un fauteuil au côté droit du lit, la tête appuyée sur le bras droit, touchant le ventre de Mme Tarbé.

L'oxyde de carbone existait dans le sang des deux défunts. D'où provenait cet oxyde de carbone ?

Plusieurs hypothèses doivent être tout d'abord écartées.

Il n'y avait dans la chambre aucun foyer de chauffage direct, poêle mobile ou autre appareil analogue ; point de feu dans la cheminée, point de réchaud de charbon pouvant faire croire à un suicide. Cette chambre à coucher a une cheminée ; mais les témoins disent que l'on n'y faisait jamais de feu. Il existait dans une lingerie à l'étage supérieur un poêle mobile ; mais la disposition du tuyau de fumée et l'emplacement même de la pièce sont tels que l'on ne peut absolument pas admettre un reflux des produits de la combustion dans la chambre de M. et Mme Tarbé, soit par la cheminée, soit par toute autre voie.

Doit-on supposer qu'il existe, par suite d'un accident ou d'un vice de construction, entre la cheminée de la chambre à coucher et les cheminées de la maison voisine, quelque fissure ou communication par où auraient pu se déverser dans la chambre les produits de combustion de l'un des appareils de chauffage de cette maison voisine ? Nous n'avons pas fait d'enquête précise sur ce point. Remarquons toutefois que le rideau de la cheminée Tarbé était baissé, ce qui rend peu vraisemblable l'hypothèse d'un reflux de gaz toxiques par cette voie.

On ne saurait songer à une asphyxie par le gaz d'éclairage venant des robinets qui se trouvent dans le cabinet de toilette : Ces robinets sont en bon état : aucun des témoins qui ont pénétré dans la chambre le jour de la mort des époux Tarbé n'a constaté la moindre odeur de gaz dans les deux pièces.

Il nous reste enfin à examiner une dernière hypothèse, qui est la plus plausible : la mort des époux Tarbé est-elle attribuable à l'absorption de gaz toxiques provenant du calorifère.

Il n'y a point de bouche de calorifère dans la chambre à coucher ; mais il en existe une dans le cabinet de toilette. Il résulte des témoignages que le jour du double décès, le calorifère était allumé, que la bouche de chaleur était ouverte dans le cabinet de toilette, et enfin que la porte de communication entre les deux pièces était ouverte (ou entr'ouverte ?). Les gaz sortant de la bouche de chaleur ont donc pu se répandre dans la chambre à coucher.

Le calorifère est un appareil sortant de la maison Michel Perret, 7, place d'Iéna. C'est le modèle dit « *calorifère économique avec foyer à dalles perforées* ». Dans ce système, le combustible placé sur dalle perforée est descendu successivement sur une seconde dalle perforée puis sur une dalle pleine. Par suite de son passage à travers les trous des dalles le "poussier" de houille se dispose en cônes qui brûlent par leur surface : c'est une condition assez favorable pour éviter la production de grandes quantités d'oxyde de carbone ; mais, d'autre part, la combustion n'est pas extrêmement vive, et la production de gaz toxique ne peut pas être complètement évitée, pas plus que dans d'autres appareils similaires.

Nous avons fait rallumer le calorifère le 23 décembre au soir. La clef du registre à cadran servant à régler la marche du foyer a été mise au cinquième trou, à l'emplacement qui avait été reconnu nécessaire pour qu'il y eût un léger tirage. Les bouches de chaleur ont été ouvertes dans l'appartement comme elles l'étaient le jour de l'accident (à l'exception de celle d'un bureau dont la porte avait été mise sous scellé et dans lequel nous n'avons pas pénétré.

Le 24, nous plaçons dans la chambre à coucher entre les deux lits jumeaux, des cages contenant deux cobayes et deux oiseaux. Un autre cobaye et un autre oiseau ont été mis dans le cabinet de toilette près de la porte de communication. Le 26 décembre on constate qu'il n'y a pas d'odeur

spéciale dans les deux pièces, et que les animaux sont bien portants. Le 27, à 8 h. 1/2, nous trouvons un oiseau mort dans le cabinet de toilette ; dans la chambre à coucher, un cobaye mourant, couché sur le flanc et respirant à peine. Ce cobaye est sacrifié immédiatement. Les autres cobayes paraissent abattus et malades. Dans le sang du cobaye sacrifié, on n'a pas trouvé d'oxyde de carbone visible par l'examen spectroscopique.

Le 28, les animaux survivants paraissent en bonne santé. Le calorifère, qu'on n'a pas rechargé depuis le 26 continue à s'éteindre lentement. Le 29, par suite d'un vent très violent, qui a soufflé pendant la nuit, une fenêtre de la chambre s'est ouverte, et l'expérience a pris fin.

Une deuxième expérience est commencée le mercredi 2 janvier à 8 h. 1/2 du matin. Nous assistons cette fois à l'allumage du calorifère : pour cet allumage, on brûle d'abord une assez grande quantité de bois dans le cendrier. Il se dégage un peu de fumée dans la cave par les portes de chargement pendant les manœuvres ; mais nous prenons les précautions nécessaires pour que cette fumée ne pénètre pas dans le petit réduit situé derrière le calorifère et contre le jardin, et où se trouve la prise d'air qui alimente les bouches de chaleur. Après avoir laissé brûler le bois pendant un quart d'heure environ, nous montons à l'étage supérieur et nous constatons que le cabinet de toilette et la chambre à coucher sont remplis d'une fumée assez épaisse.

Il nous a été dit que généralement le calorifère donnait de la fumée dans les pièces au moment de l'allumage : on a pu supposer que cette fumée provenait d'un reflux par les portes de chargement du calorifère, qu'elle se répandait dans le couloir de la cave, puis dans la pièce de prise d'air d'où elle était aspirée et conduite dans les chambres par les bouches de chaleur. Mais, au moins pour l'expérience qui nous occupe, cette explication n'est pas admissible : car il n'y avait, comme nous l'avons dit, que très peu de fumée dans le couloir de la cave et il n'y en avait *aucune* dans la pièce de prise d'air, celle-ci étant protégée par deux portes que nous avons eu le soin de fermer. Puisqu'une fumée assez épaisse s'est répandue dans la chambre, il faut de toute nécessité qu'il existe, par suite d'un vice de construction ou d'une dégradation accidentelle, une communication entre la chambre de chauffe et le conduit qui entraîne les produits de combustion.

Le foyer est entretenu régulièrement pendant les jours suivants. Le vendredi 4, on place dans les chambres trois cobayes et trois oiseaux, comme précédemment. Le 6, on trouve un oiseau mort dans la chambre à coucher ; les autres animaux paraissent bien portants. Aucun changement le mardi 8 et le jeudi 10 : à partir de ce jour le foyer n'est plus rechargé ; il est presque éteint le samedi 12 ; les animaux paraissent toujours bien portants : on arrête alors l'expérience.

De grands flacons à robinets où l'on avait préalablement fait le vide ont été ouverts dans la chambre à coucher près des lits ; les échantillons de gaz ainsi recueillis, ont été ensuite analysés au laboratoire.

Après avoir éliminé l'acide carbonique et l'oxygène et constaté que la proportion de ce dernier gaz est sensiblement celle contenue dans l'air normal, nous avons traité le résidu gazeux par le chlorure cuivreux : des mesures précises ont montré qu'il y avait après l'action du réactif une très légère diminution de volume : si l'on n'admet aucune cause d'erreur, cette diminution de volume correspondrait à la dose de carbone contenue dans l'air analysé : elle s'élèverait à environ 0,2 pour 100. D'autre part, reprenant le chlorure cuivreux qui a servi à l'absorption et le traitant par la potasse pour en extraire le gaz absorbé, nous n'avons mis en liberté qu'un si petit volume de gaz qu'il a été impossible de vérifier les propriétés de l'oxyde de carbone et notamment sa combustibilité. En somme, nous avons mesuré une très petite différence de volume, qui, si l'on ne suppose aucune erreur, serait de l'oxyde de carbone ; mais nous n'avons pas réellement vu cet oxyde de carbone. Le résultat de l'expérience est donc douteux.

Enfin, sur un autre échantillon de l'air de la chambre (4 litres), nous avons fait l'expérience suivante : l'oxygène et l'acide carbonique ont été éliminés, et le gaz restant (azote et oxyde de carbone) a été mis en contact avec une petite quantité de sang dilué dans beaucoup d'eau ; examinée au spectroscope, cette solution sanguine n'a pas présenté les caractères du sang oxycarboné.

Il est difficile de tirer de ces expériences une conclusion précise : un fait cependant est bien démontré, c'est que la fumée produite pendant l'allumage du calorifère peut se répandre dans les pièces par les bouches de chaleur. Si la fumée peut pénétrer, il en est de même pour les gaz produits

par la combustion de la houille (acide carbonique et oxyde de carbone).

La proportion de ces produits de combustion est sans doute en général minime : elle doit varier selon beaucoup d'influences : température, direction du vent, phases de la combustion, etc.. Il semble, d'après les résultats de nos essais, que dans les conditions où nous nous sommes trouvés les quantités de gaz toxique dégagées n'ont pas été aussi fortes que le jour du décès de M. et Mme Tarbé : en effet, d'une part nous n'avons pas réussi à constater sûrement l'oxyde de carbone dans l'air de la chambre ; l'analyse donne, il est vrai, quelques indications tendant à montrer la présence de l'oxyde de carbone : mais il s'agit de mesures de chiffres si petits que nous n'oserions en affirmer l'exactitude. Il nous a paru inutile de chercher l'oxyde de carbone par des procédés encore plus délicats que ceux que nous avons employés : des expériences portant sur des doses tout à fait infinitésimales de gaz ne prouveraient rien ; car il existe toujours des traces d'oxyde de carbone dans l'atmosphère des villes, et l'on en trouve même aussi, normalement, des traces dans le sang des hommes et des animaux, vivant dans cette atmosphère.

Revenant aux expériences faites sur les animaux nous rappellerons que : deux oiseaux sont morts le 26 décembre et le 6 janvier, un cobaye a été trouvé mourant le 26 décembre, et ce même jour les autres cobayes paraissaient malades ; ces observations seraient concluantes si l'on avait pu déceler l'oxyde de carbone dans le sang des animaux morts. Or, nous avons dit que l'examen au spectroscope n'avait pas donné de résultat et nous ne pouvions faire sur d'aussi petits animaux d'autre essai que l'essai spectroscopique. Il est vrai que des animaux peuvent mourir asphyxiés par l'oxyde de carbone sans que le gaz soit visible par l'examen spectroscopique.

En définitive, nous ne sommes pas absolument sûrs qu'il s'est dégagé de l'oxyde de carbone dans la chambre, pendant nos expériences ; nous croyons que les animaux morts ont succombé à l'asphyxie, mais nous ne pouvons pas l'affirmer scientifiquement.

Ces incertitudes proviennent de la difficulté qu'il y a, dans de semblables expériences, à se placer dans des conditions exactement semblables à celles qui se trouvaient réalisées le jour de l'accident.

Deux faits restent acquis :

Il y avait, dans le sang de M. et de Mme Tarbé, de l'oxyde de carbone, indice certain d'une mort par asphyxie.

D'autre part, il existe, dans le calorifère, une défectuosité grâce à laquelle la fumée et les produits de combustion peuvent pénétrer dans les pièces par les bouches de chaleur. C'est donc aux émanations de ce calorifère qu'il faut attribuer le décès de M. et Mme Tarbé des Sablons.

Note. — Voici quelques renseignements supplémentaires sur les conditions dans lesquelles s'est trouvé le calorifère pendant nos expériences.

D'après le *Bulletin de statistique municipale*, la direction du vent, le jeudi 13 décembre 1900, était : S. S. SW. ; le vendredi 14 décembre 1900, SSW. S. SSW. (jour de la mort de M. et Mme Tarbé.

Première expérience le :

23 décembre. (Allumage).....	NE.	SE.	SSW.
24 »	S.	SW.	SSW.
26 »	S.	S.	S.
27 » (oiseau mort, cobayes mourants ou malades	S.	SSW.	SW.
28 »	SW.	SW.	SW.
29 »	SW.	SW.	SW.

Deuxième expérience le :

2 janvier. (Allumage).....	NW.	NNW.	NNW.
3 »			SSW.
4 »			
5 »			
6 »	NNE.	NNE.	ENE.
7 » (Froid).....		ENE.	
8 »		SE.	
9 »		SE.	
10 »		SE.	
11 »		SE.	
12 »		ESE.	

Dans la première expérience, les conditions étaient à peu près les mêmes que le jour de la mort de M. et Mme Tarbé, température, direction du vent. On remarquera qu'on a trouvé les animaux morts ou malades, le 27 ; à ce jour le

calorifère était en voie d'extinction, comme le jour de la mort des époux Tarbé. — Dans la seconde expérience, les conditions ont été fort différentes (vent est ou sud-est, froid très vif).

Dans quel ordre se sont produits les décès de M. et de Mme Tarbé des Sablons ?

Les lésions trouvées à l'autopsie ne pouvant nous renseigner sur ce point, conformément à l'ordonnance de M. le Président, nous nous sommes entouré de tous les renseignements auprès de toutes les personnes de l'entourage des défunts, médecins, amis, domestiques ou autres, notamment auprès des docteurs Bourcy et Landouzy, médecins habituels des défunts et de deux autres médecins, M. Gustave Jouet et Main appelés au moment du décès.

Nous avons donné plus haut les notes remises par MM. les docteurs Landouzy et Bourcy, elles ne peuvent éclairer le point en discussion.

MM. les docteurs Gustave Jouet et Main, appelés les premiers auprès de M. et Mme Tarbé des Sablons, m'ont remis les notes que je reproduis intégralement.

Je soussigné, Gustave Jouet, docteur en médecine de la Faculté de Paris, licencié en droit, demeurant, 30, rue Chaptal, à Paris, certifie avoir été appelé le 14 décembre 1900, vers midi 20, au domicile de M. Tarbé des Sablons, 11, rue Ballu.

A mon entrée dans la chambre à coucher, j'ai trouvé M. Tarbé étendu sur son lit ; à côté, sur un autre lit, se trouvait Mme Tarbé, couchée sur le côté droit. Tous deux ne donnaient aucun signe de vie.

Un premier examen très rapide m'a donné l'impression que M. Tarbé avait les mains et le visage moins refroidis que Mme Tarbé, et que c'était à lui que devaient d'abord s'adresser mes soins. Aucun battement du cœur n'a pu être constaté ; néanmoins, j'ai pratiqué des tractions rythmées de la langue et la respiration artificielle pendant environ 20 minutes. Préalablement, j'avais retiré de la bouche un dentier du maxillaire supérieur qui ne tenait que par ses deux extrémités et, étant descendu dans la bouche, aurait gêné l'entrée de l'air dans les mouvements de la respiration artificielle. En même temps étaient pratiquées des applications d'eau très chaude sur la région précordiale. Ces diverses manœuvres n'ont été suivies d'ailleurs d'aucun résultat.

Pendant quelques instants, je m'étais fait remplacer dans les

soins à donner à M. Tarbé, par M. X..., étudiant en médecine, qui se trouvait là, et je m'étais approché de nouveau de Mme Tarbé pour pratiquer aussi quelques tractions rythmées de la langue. A aucun moment (pour elle de même que pour M. Tarbé), aucun signe de vie n'a été constaté. J'ai remarqué à côté d'elle quelques traces de vomissements de couleur verdâtre.

A l'arrivée du médecin de la famille, le Dr Bourcy, vers midi 40, je me suis retiré.

Signé : Dr JOUET.

Le vendredi 14 décembre 1900, je rentrais pour déjeuner à midi 35, lorsqu'on me dit que je devais me rendre immédiatement chez M. Tarbé, 11, rue Ballu, pour une affaire très urgente.

Je n'étais pas le médecin de M. Tarbé, mais j'avais eu l'occasion de le rencontrer fréquemment et en particulier, tous ces derniers temps, chez notre ami commun Busnach.

Je pensai donc tout d'abord qu'il me faisait demander, n'ayant pas le temps d'appeler son médecin habituel, et je me rendis immédiatement rue Ballu.

Je demande à la concierge ce qui se passe. Celle-ci, troublée, me répond qu'elle ne sait à quoi s'en tenir, qu'on dit M. et Mme Tarbé morts tous les deux, et elle m'engage à pénétrer dans l'hôtel.

J'entre, je monte un étage et traversant un cabinet de toilette, je pénètre dans la chambre de M. et de Mme Tarbé (il était exactement midi 40).

Là, dans un désarroi complet, je rencontre M. le Dr Jouet, arrivé avant moi, et un étudiant en médecine attaché à l'institut de vaccine, qui a été appelé.

Deux lits jumeaux sont dans la chambre. Dans le premier, à gauche en entrant, repose Mme Tarbé couchée sur le côté droit, pâle ; on aperçoit sur le drap les traces d'un vomissement alimentaire.

Sur l'autre lit, est étendu, obliquement couché, la tête basse, le corps de M. Tarbé qui gît inanimé.

Mon confrère le Dr Jouet m'explique alors qu'il est arrivé quelques instants avant et qu'il a essayé surtout de rappeler à la vie M. Tarbé en lui pratiquant la respiration artificielle et des tractions rythmées de la langue. Il estimait à un quart d'heure ou 20 minutes la durée de ces tentatives. Les voyant vaines, il y renonçait au moment où j'entrais.

Le visage de M. Tarbé était rouge violacé et tranchait beaucoup comme coloration avec celui de sa femme.

Mon premier soin fut de songer à appeler le médecin de la famille et, au moment où l'on prononçait son nom, M. le Dr Bourcy entra.

Considérant ma présence comme inutile après l'arrivée de ce dernier, je me retirai aussitôt.

Le soir, à 8 heures 1/2, M. Cornette, commissaire de police du quartier Saint-Georges, me faisait prier d'être à 9 heures exactement au domicile des défunts pour pratiquer l'examen des cadavres et rédiger le rapport médico-légal.

Je priai M. Cornette de m'adjoindre M. le Dr Jouet qui se trouvait beaucoup plus documenté que moi et, à 9 heures 1/4, nous procédions à la levée du corps.

Notre rapport a été transmis au procureur de la République qui donna le permis d'inhumér.

Voici tout ce que je sais concernant le décès de M. et Mme Tarbé.

Signé : E. MAIN.

Les dépositions séparées de MM. les docteurs Jouet et Main faites devant M. le commissaire de police le 14 décembre 1900, et le rapport médico-légal signé en commun reproduisent identiquement les lettres qu'ils m'ont remises. On y trouve pourtant, à propos de l'examen du corps de Mme Tarbé, cette phrase : « Seules des lividités cadavériques, surtout accentuées aux parties déclives, tranchent sur la coloration normale de la peau », et, à propos de l'examen du corps de M. Tarbé, « aucune trace de violence, mais seulement des lividités cadavériques ».

M. Charles GUÉRIN, âgé de 26 ans, étudiant en médecine, attaché à l'Institut vaccinal de la rue Ballu, a complété dans les termes suivants, devant moi, le 22 décembre 1900, la déposition faite devant le commissaire de police le 15 décembre : Il a été appelé à midi 10 minutes et était à midi un quart dans la chambre des époux Tarbé. Les corps étaient chacun sur leur lit. Il a ausculté successivement M. et Mme Tarbé, et n'a perçu aucun battement du cœur ni chez l'un ni chez l'autre. Le corps de M. Tarbé était encore chaud, celui de Mme Tarbé était froid « du moins, ce fut mon impression ». La figure de M. Tarbé était encore rouge, rosée, celle de Mme avait les traits livides. La tête était tournée sur le côté droit, il y avait quelques vomissements sur l'oreiller. « Cet examen m'a donné l'impression que Mme Tarbé était morte la première. »

M. BOETTE, pharmacien, 65, rue Blanche, m'a donné le 21 décembre 1900, les renseignements suivants :

Il a été appelé entre onze heures 1/2 et midi, par la concierge. Celle-ci lui a dit : « Venez de suite, madame Tarbé est morte, M. Tarbé ne vaut guère mieux ». A son arrivée, M. Tarbé était assis dans un fauteuil, près du lit de sa femme, la tête inclinée, les deux mains sur les cuisses froid. Il l'a fait coucher. « Mme Tarbé était très froide, M. Tarbé peut être moins ». Comme, après

avoir écrit cette phrase, je lui demande si elle reproduit bien ce qu'il a constaté, il ajoute. « J'avais peut-être une idée préconçue à cause de ce que m'avait dit la concierge ».

Demoiselle Louise GENEST, 21 ans, femme de chambre de Mme Tarbé, entendue le 20 décembre 1900, en présence des parties, reproduit la déposition faite le 14 décembre 1900, devant M. le commissaire de police.

Elle était au service de Mme Tarbé depuis dix jours.

Le repas du 13 décembre, pris en commun par M. et Mme Tarbé, était composé de veau et de choux de Bruxelles. Le repas fut très gai. Mme Tarbé, qui avait habituellement un bon appétit, mangea abondamment.

Après le repas, M. et Mme Tarbé firent une partie de cartes.

Depuis deux ou trois jours, M. Tarbé se plaignait de maux de tête ; la veille, Louise Genest avait dû l'aider à se déshabiller.

Le 13, M. Tarbé se déshabilla seul.

M. Tarbé et Mme Tarbé se mirent au lit vers 9 h. 1/2. M. Tarbé dit à Louise Genest de laisser ouverte la porte qui faisait communiquer la chambre à coucher froide avec le cabinet de toilette plus chaud.

Mme Tarbé lui fit apporter une potion d'éther dont elle faisait usage depuis longtemps.

Quand, vers 10 heures ou 10 heures 1/2, Louise Genest se retira, M. Tarbé lisait le journal à haute voix à sa femme.

Louise Genest est revenue le lendemain matin vers 8 h. 1/2. La porte de communication était ouverte. Le cabinet de toilette était en désordre, on avait fait une infusion de thé.

Mme Tarbé était couchée sur le côté droit, elle paraissait dormir. M. Tarbé était assis sur une chaise. Il indiqua de la main à Louise Genest de se retirer, sans doute pour ne pas réveiller sa femme. Il lui montra une petite cuvette dans laquelle Mme Tarbé avait vomi. Cette cuvette contenait des choux de Bruxelles et des morceaux de veau mal mâchés.

A 9 h. 1/2, M. Jean Cahen vint pour saluer sa tante ; la femme de chambre et lui regardèrent par la porte, virent Mme Tarbé couchée sur le côté droit, paraissant dormir, M. Tarbé, assis à côté du lit, la tête appuyée sur ses bras placés sur le bord du lit. L'un et l'autre ronflaient. Louise Genest pensa que Mme Tarbé avait peut-être pris trop d'éther.

M. J. Cahen et elle se retirèrent.

A 11 heures 3/4, Louise Genest rentra dans la chambre. M. Tarbé était encore assis près du lit, le bras gauche était étendu du côté de la tête de sa femme, la main tenait une petite cuvette où il y avait quelques vomissements, la tête était inclinée sur le lit, un peu appuyée sur l'estomac de sa femme. Mme Tarbé était exactement dans la même position qu'à 8 h. 1/2, couchée sur le côté droit.

Louise Genest veut retirer la cuvette de la main de M. Tarbé.

elle constate que les doigts sont souples, mais M. Tarbé ne bouge pas ; elle l'appelle, lui relève la tête, remue les bras, lui entr'ouvre les paupières sans le réveiller.

Elle porte la main sur le bras de Mme Tarbé et constate qu'il est froid. Mme Tarbé était toujours couchée sur le côté droit, elle n'avait pas changé de position.

Elle appelle la concierge, le valet de chambre. Puis M. Boette pharmacien, M. Guérin, étudiant, et les médecins arrivent.

Le 16 janvier 1901, Louise Genest, entendue de nouveau, répond ainsi qu'il suit aux questions posées par M. Poinso, avoué.

D. — Pouvez-vous dire quel est, d'après vous, celui des deux époux qui a succombé le premier ?

R. — Quand je suis entrée à 11 h. 1/2, Mme Tarbé était déjà raide. J'ai écouté la poitrine de M. Tarbé, il y avait quelques légers battements de cœur. Le corps de M. Tarbé était souple.

Sur interpellation. — J'ai écouté moi-même avec l'oreille, du reste, la valet de chambre aussi ».

« On a été chercher un médecin surtout pour Monsieur ».

D. — Pourquoi n'avez-vous pas dit cela ni au commissaire de police, ni lorsque vous êtes venue ici la première fois.

R. — On ne me l'a jamais demandé.

D. — L'avez-vous raconté à quelqu'un ?

R. — Je ne crois pas en avoir causé.

D. — Avez-vous vu Mme et Mlle Malapert ?

R. — Je ne les connais pas.

Séance du 20 décembre 1900.

Jules Regnier, 33 ans, valet de chambre. Après le dîner, M. et Mme Tarbé ont joué aux cartes. Tous deux étaient gais. Je suis sorti vers 11 heures 1/2 ; en rentrant vers midi, la femme de chambre et la concierge m'ont dit de monter auprès de M. et Mme Tarbé. Mme Tarbé était dans son lit, couchée sur le côté droit, la main et le bras étaient froids.

M. Tarbé était assis près du lit, un bras sur le lit, la tête sur ce bras. Je lui ai fait des frictions sur le visage avec du vinaigre. Le pharmacien est arrivé, nous l'avons porté sur le lit, puis les médecins sont arrivés.

Séance du 9 janvier 1901.

D. — Que s'est-il passé le 14 vers midi chez M. et Mme Tarbé ?

R. — Quand je suis arrivé, vers midi, j'ai tâté Mme Tarbé, la main était froide, la joue gauche était froide. J'ai pris M. Tarbé par les épaules pour le relever, il avait les yeux fermés, je l'ai frictionné avec de l'éther et du vinaigre jusqu'à l'arrivée du médecin. J'ai mis la main sur le cœur, j'ai senti quelques mouvements sous le sein gauche et ensuite au poignet.

Sur interpellation. — Je suis absolument sûr de ce que je dis.

D. — Pourquoi n'en avez-vous pas parlé auparavant ?

R. — On ne me l'a pas demandé dans les interrogatoires précédents.

Séance du 20 décembre 1900.

M. CAHEN (Jean), 28 ans, neveu de Mme Tarbé des Sablons : « Comme tous les jours, je suis descendu vers 9 heures pour embrasser ma tante. La porte du cabinet de toilette était entr'ouverte, je ne suis pas entré parce que la femme de chambre m'a dit que ma tante dormait. Vers dix heures moins un quart, je suis redescendu, j'ai passé la tête par l'ouverture de la porte. Mme Tarbé était couchée sur le côté droit. M. Tarbé était assis, sa tête reposait sur le lit et touchait la poitrine de Mme Tarbé. Ils dormaient, ils ronflaient tous deux, j'ai entendu leurs deux respirations. Je suis allé déjeuner, 83, boulevard Rochecho uart ; on est venu me chercher et je suis arrivé chez Mme Tarbé vers midi 1/2.

« Le père de M. Tarbé est mort subitement en montant en voiture. M. Tarbé était très impressionnable, même pour une faible émotion. « Si Mme Tarbé est morte subitement, pour lui, l'impression pouvait être très dangereuse, si le cas s'est présenté comme cela ».

« M. Tarbé se plaignait parfois de palpitations, surtout depuis quelque temps. Il avait aussi des maux de tête. M. Tarbé avait eu récemment de grands ennuis.

Séance du 20 décembre 1900.

M. CAHEN, beau-frère de M. Tarbé des Sablons : « M. Tarbé avait eu une violente colère 3 ou 4 jours avant sa mort, dans son bureau. Depuis lors, le soir, il avait des maux de tête ; il se plaignait d'un point de côté à droite ; le mardi précédent, pendant un dîner, il s'est plaint de cette douleur. Le jeudi, veille de la mort, Mme Tarbé était allée voir M. Cahen à 7 heures moins un quart, elle rentrait donc chez elle. »

Séance du 20 décembre 1900.

Mme LAUTMANN. — Mme Tarbé avait eu une crise très dangereuse il y a deux ans. M. Tarbé avait témoigné d'une émotion très modérée.

Séance du 20 décembre 1900.

M. LAUTMANN, Adolphe, neveu de Mme Tarbé, est arrivé après la mort de M. et Mme Tarbé.

Le lundi ou le mardi qui a précédé sa mort, M. Tarbé avait eu une violente colère provoquée par des contrariétés de famille. Il avait passé une très mauvaise nuit. Il avait des douleurs de tête, et des palpitations.

Séance du 20 décembre 1960.

Mme Gilles, concierge, est montée dans la chambre de M. et Mme Tarbé, quand on l'a appelée; elle a trouvé Madame couchée sur le côté droit, Monsieur, assis près du lit, la tête appuyée sur le corps de sa femme. Elle est partie de suite chercher le médecin et le pharmacien.

Séance du 9 janvier 1961.

Mme Gilles répond sur interrogation de M^e Poinsoit : « Jules a raconté qu'il avait senti le cœur battre. Jules l'a dit dans l'après-midi du 14, il faisait encore jour. Le jeudi qui a suivi le décès, Jules l'aurait raconté à Mlle Tarbé.

Je suis entrée dans la chambre avec la femme de chambre, j'ai touché Monsieur, il avait les yeux fermés, la peau moite. Madame avait la langue tirée entre les lèvres, les yeux étaient à moitié ouverts, les bras étaient froids. »

Séance du 9 janvier 1961.

M. Gilles, concierge. Sur demande de M^e Poinsoit : Jules vous a-t-il raconté quelque chose ?

R. — J'étais absent au moment de l'événement. Jules, le valet de chambre, m'a dit qu'il avait senti le cœur de M. Tarbé battre quand il est entré dans la chambre, qu'il avait senti le pouls. Jules me l'a dit le lendemain matin.

J'avais chargé le calorifère le mercredi matin ; le jeudi, j'ai donné un coup pour qu'il puisse se tenir au moins trois jours sans être rechargé. Le valet de chambre n'a pas touché au calorifère. Le vendredi 14, il marchait encore, il aurait bien duré encore vingt-quatre heures, mais sans beaucoup chauffer.

Séance du 9 janvier 1961.

M. Buraux, 24 ans, cocher, n'a pas assisté aux événements qui ont suivi la mort de M. et Mme Tarbé. La femme de chambre a dit : Madame est morte, on ne peut pas réveiller Monsieur. Elle a ajouté que Mme était froide, que Monsieur était encore chaud.

Jules a dit la même chose : Madame était morte, M. vivait encore, on n'a pas pu le sauver, il l'a frictionné, il a écouté le cœur, il a senti un mouvement.

Séance du 9 janvier 1961.

M^{lle} Malapert, 20 ans. D. — Que savez-vous sur le prédécès ?

R. — Je suis allée à la maison de M. Tarbé le 14, vers 3 h. 1/2. La femme de chambre a dit devant moi : « Quand je suis entrée dans la chambre, Mme était pâle, Madame était froide, Monsieur était chaud. J'ai écouté le cœur qui battait ».

Demande de M^e Poinsoit. — Savez-vous comment ces renseignements sont parvenus à notre connaissance ?

R. — Je l'ai dit à mon père en rentrant. Mon père a vu M. Lavoignat, notaire, le lundi. Je ne sais pas ce que M. Malapert a dit à M. Lavoignat.

Séance du 9 janvier 1901.

Mme Malapert. — Je suis allée à la maison mortuaire le 14, jour du décès, vers 3 h. 1/2 ou 4 heures. La bonne a dit devant moi : « J'ai mis la tête sur le cœur de Monsieur, il battait », ou bien : « J'ai écouté son cœur, il battait ». Mme Tarbé était froide, je ne me suis pas occupé d'elle. J'ai secoué M. Tarbé.

D. — Comment ces renseignements sont-ils parvenus à la connaissance de M. Poinso ?

R. — M. Malapert est allé chez M. Lavoignat, notaire, auquel il a fait cette confidence.

Mme Malapert ajoute spontanément « Mlle Tarbé ne m'en a pas parlé ».

Séance du 29 janvier 1901.

Mme Marguerite Hallu. D. — Que savez-vous sur le prédécès de M. et Mme Tarbé.

— Je suis allée chez M. Tarbé le samedi. La femme de chambre dit devant moi : « C'est sûrement Madame qui est morte la première car Madame était froide et Monsieur. était encore chaud quand je suis entrée dans la pièce. M. Lautmann a dit qu'il croyait que Madame était morte la première.

Séance du 5 février 1901.

Mme HALLU, veuve du Dr Hallu, est allée rue Ballu le 15 décembre : « La femme de chambre m'a dit que lorsqu'elle est entrée dans la chambre Mme Tarbé était froide et rigide, qu'elle a donné des soins à M. Tarbé, que les médecins ont essayé de pratiquer la respiration artificielle en tirant la langue, que n'ayant pas de pinces, ils se sont servis de ciseaux (?), qu'il est sorti du sang par les piqures de la langue. »

Dans l'esprit de la femme de chambre, c'est M. Tarbé qui est mort le second.

J'ai parlé à M. Lautmann ; il m'a dit : « C'est un grand malheur que Mme Tarbé soit morte la première. »

Séance du 5 février 1901.

Mme BEAUDET est venue rue Ballu le dimanche 16 décembre, elle a vu le concierge qui lui a dit : « Nous avons trouvé M. et Mme Tarbé morts dans leur chambre. »

Séance du 23 janvier 1901.

Mme HONORINE GRUSNIN. — Je suis arrivée à la maison le jour du décès, à une heure moins 20. J'ai vu les corps. Quand je suis entrée dans la chambre, Madame était couchée un peu sur le

côté droit, les yeux à demi-fermés, la chemise entr'ouverte. Je l'ai tâchée, je n'ai rien senti : ni chaleur, ni froid ; elle n'était pas glacée. Le bras était plus froid que la figure, la hanche était encore chaude. Je ne me suis pas approchée du lit de M. Tarbé. Les deux docteurs étaient présents.

J'ai parlé à Jules, qui était auprès du lit de Mme Tarbé, il m'a dit : J'étais en course ; quand je suis arrivé dans la chambre, je les ai trouvés morts tous les deux. Marie-Louise m'a dit : « J'aurai toute ma vie ce tableau sous les yeux, quand je suis entrée dans la chambre, les trouver morts tous les deux ! »

D. — Dans les premiers jours de janvier, la concierge vous a-t-elle dit quelque chose ?

R. — La femme de chambre est entrée dans la chambre vers 11 h. 1/2. Elle croyait M. Tarbé endormi, elle l'a secoué, il n'a donné aucun signe de vie. Comme Jules était en course Mme Gilles est allée chercher du secours, alors Jules est monté et a aidé à mettre M. Tarbé sur le lit.

Séance du 29 janvier 1901.

M. CAHEN (Daniel). — Je suis arrivé chez M. Tarbé le vendredi vers 11 h. 1/2, le jour de la catastrophe. Tous les deux étaient morts. La concierge m'a dit : « On les a trouvés morts tous les deux. » J'ai demandé : « Mais qu'ont-ils donc mangé ? » Elle m'a répondu que le cocher et les domestiques avaient mangé la même chose et qu'ils n'avaient pas été malades. Il n'a pas été question de prédécès.

Séance du 29 janvier 1901.

M. DELAGNEAU est allé à la maison mortuaire le 15 décembre à 5 heures du soir. Il a vu les concierges. Mme Gilles m'a dit : « Vers 11 h. 1/2 j'ai trouvé mon maître et ma maîtresse sans vie. » Je lui ai demandé qui est mort le premier ? Nous ne pouvons pas le savoir puisqu'ils étaient morts tous les deux quand nous sommes entrés dans la chambre. »

Séance du 5 février 1901.

M. BONNAFOUS est allé à la maison de la rue Ballu le samedi 15. La concierge lui a dit que la femme de chambre les avait trouvés tous les deux inanimés. J'ai demandé : « Qui est mort le premier ? » La concierge m'a répondu : Comment voulez-vous qu'on le sache puisqu'ils étaient morts quand nous sommes entrés ?

Séance du 5 février 1901.

M. HÖSCHTER, est allé chez M. Tarbé le jour de la mort, a parlé à M. Gilles qui lui a dit : « Nous avons trouvé M. et Mme morts tous les deux ce matin. »

Il n'a rien demandé visant la question du prédécès.

Séance du 5 février 1901.

M. George MATHIEU est allé chez M. Tarbé le jour de la mort. La concierge lui a dit : « On les a trouvés morts tous les deux ce matin. »

Séance du 5 février 1901.

M. MORIS, secrétaire du commissaire de police, n'est entré dans la maison que le lendemain du jour où M. Ogier y est venu pour la première fois. Il a causé avec les concierges et les domestiques, on lui a dit souvent que Madame était morte la première, Monsieur le second.

Séance du 5 février 1901.

M. MALAPERT. — En revenant de la rue Ballu, sa femme et sa fille lui ont rapporté que la femme de chambre et le valet de chambre lui avaient dit que quand ils étaient entrés dans la chambre la figure de madame étoit froide, que M. Tarbé étoit chaud et que le cœur battait encore. M. Malapert a répété ce propos à M. Lavoignat, notaire.

Séance du 5 février 1901.

M. CHALOPIN a parlé le 14 au valet de chambre, celui-ci lui a dit que c'étoit M. Tarbé qui étoit mort le dernier.

Séance du 5 février 1901.

M. REY, concierge, 20, rue de Penthievre, a vu le valet de chambre le 17. Il lui a dit que lorsqu'il étoit entré dans la chambre, il avait ouvert le gilet de flanelle de M. Tarbé, que le corps étoit encore chaud, « s'il y avait eu un médecin, peut-être qu'on l'aurait fait revenir ».

Séance du 5 février 1901.

Mme DAUVERGNE a vu le 15 la femme de chambre qui lui a dit qu'elle avait trouvé M. Tarbé assis contre le lit de sa femme, qu'elle l'avait secoué, qu'il n'avait pas bougé. M. Tarbé étoit encore chaud. Elle n'a pas parlé de Mme Tarbé.

D. — Avez-vous entendu ce qu'aurait dit la concierge dans une conversation tenue près de vous ? Je n'ai pas entendu ce qu'a dit la concierge.

Séance du 5 février 1901.

Mlle HARASCHQUENNE est allée rue Ballu le 15, vers 3 heures, avec Honorine ; a parlé à la femme de chambre en bas sous la marquise vers le milieu de la soirée, c'est-à-dire vers 3 h. 1/2. La femme de chambre lui a dit que lorsqu'elle est entrée dans la chambre elle a voulu secouer M. Tarbé qui est retombé sur elle que le corps de M. Tarbé sembloit plus chaud que celui de madame.

Mlle MALAPERT assistait à l'entretien. Le propos n'a pas été tenu devant Mme Honorine.

Séance du 5 février 1901.

M. HARASCHQUENNE est allée le 15 rue Ballu. La concierge lui a dit : « Mme Tarbé était déjà froide, le corps de Monsieur était encore chaud quand la femme de chambre est entrée dans la chambre. »

Mme Dauvergne était assez près de moi.

Séance du 9 février 1901.

M. Henri DE MAYERHOFFEN est allé le jour de la mort, à 5 heures, à la maison de M. Tarbé. Le cocher lui a dit : « Quand nous sommes entrés ce matin dans la chambre, Mme Tarbé était déjà froide, le corps de Monsieur était encore un peu chaud ; le cœur battait encore. On a essayé la respiration artificielle.

D. — Etes-vous sûr que c'était le cocher ?

R. — Je le crois, c'était Louis.

Le 9 février, j'ai reçu de M. Pichat la lettre et la déposition suivantes :

Monsieur le doyen,

Monsieur Cahen m'avait prié de venir témoigner devant vous du récit que m'avait fait la femme de chambre des époux Tarbé le samedi 15 décembre, sur les circonstances qui ont accompagné leur double décès.

Ne pouvant me rendre à la convocation qu'il m'a adressée, vu mon départ pour l'étranger, j'ai l'honneur de vous adresser une déclaration écrite de ce que la femme de chambre nous a raconté à Madame Pichat et à moi.

J'ai l'honneur, Monsieur le doyen, de vous prier d'agréer l'assurance de ma respectueuse considération.

Olivier PICHAT, peintre.

Déclaration.

Jesuis arrivé de voyage le samedi 15 décembre dernier, à 6 h. 1/2 du soir. Je me suis rendu accompagné de Mme Pichat, ma femme, au domicile de la rue Ballu. Nous sommes, ma femme et moi, les plus vieux amis des époux Tarbé, et malgré l'opposition de la concierge à nous laisser entrer, j'ai tellement insisté pour voir une dernière fois mes vieux amis que, mon nom prononcé, j'ai été introduit par le jeune Jean Cahen et par Mlle Eugénie Tarbé dans la chambre mortuaire.

Sur leurs lits jumeaux, nous avons vu Mme Mélanie Tarbé et Ed. Tarbé, morts tous deux depuis la veille. Après avoir rendu les derniers devoirs à nos deux vieux amis, en présence de ces deux morts si extraordinairement simultanées nous avons voulu

savoir comment cette catastrophe était arrivée et ce qui s'était passé au moment de la découverte de la mort. Nous avons interrogé la jeune femme de chambre, seule témoin de l'événement. Et voici textuellement ce qu'elle nous a déclaré.

A huit heures et demie, je suis entrée dans la chambre à coucher de mes maîtres comme d'habitude, et vu M. Ed. Tarbé en robe de chambre assis près du lit de ma maîtresse qui dormait. Il m'a tendu une petite cuvette dans laquelle il y avait des déjections provenant de vomissements, en me faisant signe de la nettoyer et me disant doucement ces mots : *non, pas madame*. J'ai compris que M. Tarbé me disait de me retirer pour laisser dormir madame comme souvent cela était arrivé. Je pris la cuvette et la plaçai dans le cabinet de toilette après l'avoir nettoyée.

Ensuite, vers 10 h. moins un quart, M. Jean descendit de sa chambre pour dire bonjour à son oncle et à sa tante comme d'habitude, et je le suivis dans le cabinet de toilette qui précède la chambre à coucher. Mais M. Jean entendant des ronflements et croyant que mes maîtres dormaient n'a pas voulu les déranger.

Vers onze heures 1/2, je suis entré de nouveau dans la chambre où j'ai vu M. Tarbé encore assis près du lit, la tête et le haut du corps appuyés sur le lit et tenant dans la main la même cuvette que j'avais nettoyée le matin et qui se trouvait sur le lit à la hauteur de la bouche de madame. J'ai essayé de remuer Monsieur en lui retirant la cuvette de la main, mais comme il ne donnait aucun signe de vie et comme Madame, dont le bras était froid me paraissait également inanimée, je pris peur et me précipitai pour appeler du secours. A mes cris, la concierge est montée. Ils étaient morts tous les deux.

Immédiatement nous avons été chercher les médecins et prévenir la famille.

En foi de quoi, je certifie que le présent récit est exact.

Olivier PICHAT, peintre,
et sa femme : Em. PICHAT.

Le 4 février 1901.

Le 9 février, j'ai reçu de M. Poinsot la lettre suivante :

Monsieur le doyen,

Mon confrère m'a communiqué la copie de la lettre de M. Pichat.

Si cette réquisition avait été verbale, j'aurais, comme pour les autres témoins, insisté sur la question de chaleur du corps, si M. Pichat avait ou non demandé des renseignements à ce sujet.

Je reçois ce matin une lettre de Mlle Lucienne Monfort, la personne que j'avais convoquée au dernier rendez-vous et qui

n'est pas venue, qui m'informe que « étant trop liée avec la famille Cahen, elle se refuse à déposer contre eux ».

Je n'insiste donc pas sur son audition.

J'adresse copie de cette lettre à mon confrère.

Veillez agréer, etc...

En résumé, les dépositions précédentes forment deux groupes : dans le premier, nous trouvons les personnes qui sont intervenues de 11 h. 1/2 à midi ou midi 1/4, qui ont essayé de rappeler à la vie les époux Tarbé.

Dans le second, nous plaçons les personnes qui n'ont eu des renseignements sur les événements que par les récits faits par ceux qui sont intervenus tout d'abord. Je ne crois pas utile d'utiliser ces derniers renseignements qui, quelques sincères qu'ils soient, ne sont que de seconde main.

Dans le premier groupe, les dépositions des médecins sont absolument concordantes. Au moment de leur arrivée, M. et Madame Tarbé étaient morts. Ils n'ont entendu de battements de cœur ni chez l'un ni chez l'autre. Ils ont eu l'impression que le corps de M. Tarbé était moins froid que celui de Madame Tarbé mais tous ajoutent : *c'est une impression*.

Cette impression paraît avoir été assez vive pour qu'ils aient donné leurs soins à M. Tarbé et non à Mme Tarbé, pensant que c'était M. Tarbé qu'on avait chance de rappeler à la vie.

Dans le même groupe, nous trouvons les dépositions de la femme et du valet de chambre; eux sont beaucoup plus affirmatifs dans leurs dépositions du 16 janvier. Ils déclarent que le corps de Mme Tarbé était plus froid que celui de M. Tarbé ; ils ajoutent qu'ils ont perçu par l'oreille et la main quelques battements sous le sein gauche de M. Tarbé.

Je crois utile de reproduire ici le résumé de ces dépositions.

M. le Docteur JOUET. — Un premier examen très rapide m'a donné l'impression que M. Tarbé avait les mains et le visage moins refroidis que Mme Tarbé et que c'était à lui que devaient d'abord s'adresser mes soins.

M. Ch. GUÉRIN étudiant en médecine. Il est entré à midi 1/4 dans la chambre des époux Tarbé. — Le corps de M. Tarbé était encore chaud, celui de Mme Tarbé était froid « du moins ce fut mon impression ». La figure de M. Tarbé était encore rouge, rosée, celle de Madame avait les traits livides. —

Cet examen m'a donné l'impression que Mme Tarbé était morte la première.

M. BOETTE, pharmacien, est entré dans la chambre vers 11 h. 3/4. Il dit que Madame Tarbé était très froide, M. Tarbé froid, peut-être moins. Il ajoute: « j'avais peut-être une idée préconçue à cause de ce que m'avait dit la concierge ». Celle-ci lui avait dit: « Venez de suite Mme Tarbé est morte. M. Tarbé ne vaut guère mieux ».

Parmi les personnes qui sont entrées les premières dans la chambre des époux Tarbé nous trouvons :

Louise GENESTE, femme de chambre de Mme Tarbé. Le 20 décembre devant nous, et le 14 devant le commissaire de police, elle ne donne aucun détail qui puisse être invoqué pour résoudre la question du décès de M. ou Mme Tarbé. Il est vrai qu'on a adressé aucune question sur ce point, ni à elle ni au valet de chambre.

Elle dit seulement à cette date (20 décembre) « Elle porte la main sur le bras de Mme Tarbé et constate qu'il est froid ».

Le 16 janvier, interrogée sur cette question, elle dit : Quand je suis entrée à 11 h. 1/2, Mme Tarbé était déjà froide. J'ai écouté la poitrine de M. Tarbé, il y avait quelques légers battements de cœur. Le corps de M. Tarbé était souple. J'ai écouté moi-même avec l'oreille, du reste le valet de chambre aussi. — On a été cherché un médecin surtout pour Monsieur.

Jules REGNIER, valet de chambre, dit, le 20 décembre: « Madame Tarbé était dans son lit, couchée sur le côté droit, la main et le bras étaient froids ».

Le 9 janvier, il ajoute : « Quand je suis arrivé vers midi, j'ai tâté Mme Tarbé, la main était froide. J'ai pris M. Tarbé... J'ai mis la main sur le cœur, j'ai senti quelque mouvement sous le sein gauche et ensuite au poignet. Je suis absolument sûr de ce que je dis.

Que peut-on conclure de cette enquête ?

Une seule chose, l'impression de toutes les personnes qui sont arrivées les premières a été qu'on pouvait encore espérer sauver M. Tarbé et que le décès de Mme Tarbé était réel ; par suite, elles ont donné leurs soins à M. Tarbé et ne semblent être intervenues auprès de Madame Tarbé que lorsque tout espoir de sauver M. Tarbé a dû être écarté.

Mais c'est une impression. Si les battements du cœur avaient été sentis ou entendus par une personne compétente nous aurions une preuve de la survie de M. Tarbé, surtout si la même épreuve, cette fois négative, avait été faite pour Mme Tarbé. Mais on ne saurait affirmer que des personnes non habituées à ces examens, en proie à une émotion asscz

vive, n'ont pas pu se tromper. Cette preuve reste donc contestable.

Il ne reste donc qu'une impression qui prend une certaine valeur, parce qu'elle a été la même chez tous les témoins : M. Tarbé leur semble être mort après Mme Tarbé.

Conclusions générales.

1° La mort de M. et de Mme Tarbé des Sablons survenant dans la matinée du 14 décembre 1900, a eu pour cause une asphyxie par absorption d'oxyde de carbone.

2° Les autopsies et les notes remises par les médecins traitants ont démontré que chacun d'eux avait une affection cardiaque grave, que celle-ci pouvait les exposer à une mort rapide ou subite.

Mais cette hypothèse ne semble pas s'être réalisée lors de l'événement du 14 décembre, et la maladie qui l'a fait soulever pendant sa vie, pour Mme Tarbé, ne paraît pas avoir eu d'influence sur l'accident ultime. Il en est de même pour M. Tarbé.

3° La pénétration de l'oxyde de carbone dans la chambre, puis dans l'appareil respiratoire de M. et Mme Tarbé est due à une défectuosité du calorifère grâce à laquelle la fumée et les produits de combustion pouvaient pénétrer dans le cabinet de toilette puis dans la chambre par les bouches de chaleur.

4° Pour déterminer dans quel ordre se sont produits les décès de M. et Mme Tarbé des Sablons, les relations de leurs maladies, les résultats des autopsies ne peuvent fournir aucune donnée. Nous n'avons que les témoignages fournis par les médecins et les domestiques qui sont entrés les premiers dans leur chambre.

On ne peut en déduire une preuve certaine.

Mais l'impression de tous les témoins a été que M. Tarbé avait survécu à Mme Tarbé, qu'on pouvait espérer le sauver en lui donnant des soins ; que pour Mme Tarbé tout espoir devait être abandonné.

BIBLIOGRAPHIE MÉDICO-LÉGALE

J. HUBERT : *La loi sur les accidents du travail et le secret professionnel.* (Paris, A. Michalon, 1904 : broch. in-8° de 104 pages.)

L'auteur fait remarquer que la situation créée au médecin par la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail et par l'article 378 du Code civil est contradictoire. Il demande au législateur de préciser dans le texte de la loi ce qu'il entend par *état de la victime*, et de déclarer si le médecin est délivré du secret professionnel en cette matière.

« Dans l'état actuel de la loi — dit M. Hubert, le médecin doit se considérer comme lié par le secret professionnel, il doit mentionner la blessure, sans faire état des diathèses et des tares constitutionnelles du blessé. »

M. OCTAVE GENEVOIX : *Les uréthrites chez les petits garçons ; étude clinique et médico-légal.* (Paris, J. Rousset, 1904 ; broch. in-8° de 88 pages.)

L'auteur note que le gonocoque de Neisser peut être déposé au niveau du méat par suite d'une contagion tout à fait fortuite due au contact indirect d'un enfant avec une personne contaminée, et que la contagion indirecte familiale ou scolaire n'est pas impossible. « Elle est certaine, dit-il, chez la petite fille pour la vulvo-vaginite et rien ne permet de la rejeter chez le petit garçon. »

En conséquence, M. Genevoix conseille au médecin légiste chargé d'examiner une personne accusée d'attentat à la pudeur, de bien s'assurer que l'enfant n'a pas pu se contaminer de toute autre façon.

M. le Dr LÉON FAURE, médecin consultant à Cannes : *Essai d'étude comparative de l'homme droit et de l'homme gauche.* (Lyon, A. Storch, 1902, vol. in-8° de 99 pages.)

L'homme droit et l'homme gauche semblent à première vue symétriques, mais leur étude philosophique, anatomique, physiologique, pathologique et médico-légale montre au contraire toute la dissymétrie qui existe entre eux. On observe notamment, dans l'exercice de certaines professions qui engendrent des stigmates, que l'homme droit possède de ces stigmates que l'homme gauche n'a point, et réciproquement. L'auteur cite des exemples concernant les ébénistes, les brunisseuses, les couturières, les cordonniers, les serruriers, les vitriers-peintres, les parqueteurs, les bitumiers, les couvreurs, etc.

Séance du 12 décembre 1904

Présidence de M. le Dr MOTET.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté, après quelques observations de MM. Chassevant, Descouts et Socquet sur la nécessité de publier dans le *Bulletin* les deux rapports de M. le Dr Descouts à la suite de celui de MM. Brouardel et Ogier (affaire Tarbé des Sablons).

Se sont excusés de ne pouvoir assister à la séance : MM. Paul Brouardel (retenu jusqu'au mois de mars par son cours à la Faculté), et MM. Georges Brouardel, Dehenne et Picqué.

M. le Président lit une lettre de M. le Dr Vallon, vice-président de la Société, contenant ses remerciements pour les sympathies que ses collègues lui ont exprimées et dont il a été fort touché.

DÉCÈS DE M. LE CONSEILLER LEFUEL.

M. le Président s'exprime en ces termes :

Messieurs,

La Société de Médecine légale a fait, il y a quelques jours, une perte dont elle est douloureusement émue. M. Lefuel, conseiller à la cour d'appel, a succombé à un mal dont les progrès ont été rapides. Déjà, à notre dernière séance, à laquelle il avait voulu assister avec son exactitude accoutumée, nous avons pu nous apercevoir de sa fatigue, de la perte de ses forces ; il s'en préoccupait et nous annonça qu'il avait résolu d'aller chercher sur le littoral du Midi un ciel plus clément, une température plus douce ; il espérait qu'il retrouverait la santé. Son départ était proche, quand la maladie le terrassa, et l'enleva brusquement à l'affection de sa fa-

mille, de ses amis, à ses collègues de la Cour, à notre Société.

M. Lefuel était venu prendre place au milieu de nous au mois de février 1892. Très assidu à nos séances, il prenait volontiers part à nos discussions ; il y apportait toujours une note très personnelle, disant son opinion d'une parole claire, précise ; nous faisant profiter de sa science, de son expérience, si précieuses pour nous ; acceptant aussi souvent que nous le lui demandions d'examiner les questions difficiles qui nous sont parfois soumises ; et les conclusions qu'il nous présentait dans ses rapports étaient toujours acceptées par nous comme les meilleures, inspirées par son sens juridique très droit et très sûr.

Nous avions en lui la confiance la plus absolue, et n'ayant pas d'autre moyen de lui témoigner notre haute estime, nous l'avions nommé vice-président pour les années 1901-1902. Vous vous souvenez de l'autorité avec laquelle il présida plusieurs de nos séances. Avec une courtoisie, une bienveillance extrême, et en même temps avec une netteté d'esprit supérieure, il suivait une discussion, la résumait en quelques mots et adressait à l'auteur d'une communication intéressante une louange délicate par laquelle il se faisait l'interprète de nos sentiments.

M. Lefuel était un homme d'un caractère et d'une intelligence partout justement appréciés. Il ne m'appartient pas de faire l'éloge du Magistrat, mais je puis bien dire qu'il avait su conquérir les sympathies les plus vives et qu'il jouissait de l'estime de tous ceux qui l'ont approché. Pour nous, Messieurs, il fut un collègue aimé, respecté ; le deuil qui frappe sa famille est aussi le nôtre et je devance, j'en suis sûr, l'expression de vos sentiments, en adressant à Madame Lefuel nos plus respectueuses condoléances, au nom de la Société de Médecine légale de France.

M. BENOIT, président de chambre à la Cour de Paris, demande à ajouter quelques mots et s'exprime en ces termes :

Messieurs,

Nous venons de faire une perte cruelle en la personne de notre collègue Lefuel. Il m'était particulièrement cher, car il était de ceux qu'on aimait dès la première vue, que l'on estimait immédiatement aussi. Sa mort ne vous a pas surpris. Elle était malheureusement prévue depuis longtemps. Mais elle vous a profondément affligés et c'est avec une vive émotion que j'entretiens, une dernière fois, de lui la Société de Médecine légale.

Lefuel, doux et bienveillant, toujours égal, était doué d'un jugement droit, d'un esprit intègre, d'une grande expérience des êtres et des choses. Il a rempli les entiers devoirs de l'homme et du magistrat.

Qui l'a pratiqué a goûté le charme pénétrant de sa nature d'élite. Son caractère était à la hauteur de sa valeur intellectuelle et sur son visage, jusqu'à la fin calme miroir de son âme, l'on voyait se refléter toute une vie sans reproche.

La Société décide que M. le Secrétaire général exprimera à Madame Lefuel les plus respectueuses condoléances des membres de la Société et lui transmettra le texte des paroles qui viennent d'être prononcées.

Candidatures de membres titulaires.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL informe la Société qu'il a reçu, à propos des deux vacances de membres titulaires déclarées dans la dernière séance, des lettres de candidature émanant de :

1^o M. le Dr Maurice Courtois-Suffit, médecin des hôpitaux expert près les tribunaux, chevalier de la Légion d'honneur ;

2^o M. le Dr E. Blin, médecin en chef de l'asile de Vaucluse. (S.-et-O.)

3^o M. le Dr Ch. Levassort, membre du conseil d'administration du Syndicat des médecins de la Seine, chargé plus spé-

cialement par ce Syndicat de tout ce qui a trait à l'exercice illégal de la médecine.

Candidatures de membres correspondants.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL déclare également avoir reçu les candidatures de :

M. le Dr Lallemand, directeur médecin de l'asile d'aliénés de Quatre-Mares, près Rouen.

M. le Dr Léon Garnier, professeur de chimie et de toxicologie à la Faculté de médecine de Nancy ;

M. le Dr Paul Archambault, médecin expert à Tours.

M. le Dr G. Dutilleul, médecin expert à Lille.

M. le Dr Leroy, médecin en chef de l'Asile des aliénés criminels de Gaillon (Eure).

Ces diverses candidatures, ainsi que celles qui se produiront encore, seront soumises à l'examen des commissions spéciales dont la nomination aura lieu dans la prochaine séance.

Election d'un membre honoraire et d'un membre correspondant.

M. le Dr Pierre MÉGNIN, membre de l'Académie de médecine et membre titulaire de la Société depuis le 6 juillet 1885, ayant demandé, en raison de son âge et de sa santé qui le privent d'assister aux séances, à ne plus figurer au nombre des membres titulaires, est élu (art. 8 § 2 des statuts) *membre honoraire*.

M. le Dr Pierre PARISOT, professeur de médecine légale à la faculté de médecine de Nancy, est élu *membre correspondant*.

Bibliographie médico-légale.

M. BENOIT présente à la Société une récente publication de MM. Ollive et Le Meignen ; il s'exprime en ces termes :

« J'ai l'honneur de présenter à la Société de médecine légale un livre, qui vient de paraître, et dont ils lui font hommage, de MM. Ollive, professeur à l'école de médecine de Nantes, médecin des hôpitaux, l'un de nos membres correspondants, et Le Meignen, médecin suppléant des hôpitaux, chef des travaux physiologiques à l'école de médecine de Nantes.

« Ce livre ayant pour titre : ACCIDENTS DU TRAVAIL, MÉDECINE LÉGALE, JURISPRUDENCE, est divisé en trois parties. La première traite de l'accident et de ses suites immédiates ; la deuxième, des suites de l'accident avec deux paragraphes, l'un : complications des traumatismes ; l'autre : le médecin et les accidents du travail ; la troisième, le résultat définitif de l'accident.

« Fruit de laborieuses et considérables recherches, le travail remarquable des deux distingués médecins de Nantes est d'une clarté parfaite et d'une utilité incontestable. Mis à la portée de tous, il constitue un traité complet de la matière. J'attire sur lui l'attention des médecins, des avocats et des magistrats. »

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL informe la Société qu'il a reçu, de la faculté de droit de Rennes les deux thèses suivantes :

M. MARCEL VERIN : *Des aliénés criminels et des criminels aliénés* ; Lille, 1904 ; broch. in-8° de 167 pages.

M. RENÉ LE MARC'HADOUR, *Criminalité de l'enfance* ; Rennes 1903 ; broch. in-8° de 124 pages.

Ces deux brochures seront, avant d'être déposées à la bibliothèque de la Société, remises à M. le Dr Garnier qui voudra bien en présenter une analyse dans une prochaine séance.

M. le Secrétaire général signale en outre la publication des travaux suivants :

M. AL. PARIS : « Utilité de l'examen médical de la plupart des vagabonds, inculpés ou condamnés, et notamment des récidivistes ; épilepsie et aliénation mentale longtemps méconnues (24 condamnations). *Presse médicale de l'Est*, n° du 15 nov. 1904, p. 701.

M. P. PARISOT : « De la survie au cours de l'intoxication par l'oxyde de carbone ». *Revue médicale de l'Est*, n° du 15 nov. 1903, p. 906.

M. P. PARISOT : « Un cas d'égorgement ». *Rev. med. de l'Est*, n° du 14 octobre 1904, p. 635.

Election des membres du Bureau et des Commissions.

Membres du Bureau. — MM. les vice-présidents Wallon et Rocher, ainsi que les deux secrétaires des séances, MM. Briand

et Granjux, sortants et rééligibles, sont réélus par acclamation pour l'année 1905.

M. Socquet, trésorier, est réélu à l'unanimité pour trois ans.

Commission permanente. — MM. Bordas, Christian et Benoît, membres sortants et non rééligibles, sont remplacés par MM. Thoinot, Descoust et Jacomy.

M. Dubost est élu pour un an, en remplacement de M. Lefuel, décédé.

Conseil de famille. — Sont réélus : MM. Benoît, P. Brouardel, Demange et Danet ; M. Christian est élu en remplacement de M. Descoust, élu membre de la commission permanente.

Comité de publication. — Sont réélus : MM. Briand Granjux, Floquet, Lefort et Leredu.

UNE QUESTION DE SURVIE

ASPHYXIE PAR L'OXYDE DE CARBONE

L'ordre du jour appelant la discussion du rapport de M. le Dr Chassevant, lu à la dernière séance (1), la parole est donnée à M. le Dr Descoust, sollicité par ses collègues de faire tout d'abord connaître à la Société son rapport dans l'affaire Tarbé des Sablons, ainsi que sa réponse aux objections présentées par M. le Professeur Lacassagne (de Lyon).

M. Descoust, après avoir résumé les faits relatés dans le rapport de MM. P. Brouardel et Ogier (2) s'exprime en ces termes :

RAPPORT DE M. LE DR DESCQUEST

.... A la suite du rapport de MM. Brouardel et Ogier, M. le Dr Lacassagne (de Lyon), intervenant sur la demande de M^e Gosselin, avoué, a examiné dans un long mémoire (3) les circonstances de la mort de M. et M^{me} Tarbé des Sablons d'après les enquêtes, les antécédents pathologiques, les au-

(1) Voir plus haut p. 203 à 219.

(2) Voir plus haut, p. 220 à 247.

(3) Archives d'anthropologie criminelle du 15 juillet 1903.

topsies, les causes et le mécanisme de la mort dans les intoxications par l'oxyde de carbone et arrive, au point de vue de la survie, à une conclusion contraire à celle de MM. Broquardel et Ogier. Il termine son rapport en disant :

« S'il n'y a pas eu de preuve directe du prédécès de l'un ou de l'autre des époux Tarbé, les circonstances de fait que nous avons mises en évidence constituent des présomptions médicales précises et concordantes du prédécès de M. Tarbé. »

« Pour arriver à cette conclusion, M. le Dr Lacassagne examine les antécédents pathologiques de Mme Tarbé des Sablons « atteinte de fibrome utérin, de diabète et d'aortite ancienne », confirmés par les lésions trouvées à l'autopsie, et dit : « Une mort subite était donc possible ; elle pouvait être provoquée par un accident quelconque, émotion, maladie, chute. »

« Ceux de M. Tarbé : Lésions anciennes du poumon, cœur surchargé de graisse avec myocardite interstitielle en évolution ; quelques plaques d'athérome des artères coronaires, etc..... lui font dire :

« En comparant la relation des faits que nous venons de reproduire, une première remarque s'impose : Mme Tarbé avait un état de santé plus précaire que son mari, mais elle était peut-être moins que lui prédisposée à une mort subite. »

M. le Dr Lacassagne termine cet exposé des antécédents pathologiques de M. et Mme Tarbé des Sablons par cette opinion :

« A notre avis, M. Tarbé était plus exposé à mourir subitement que sa femme », et il ajoute : « Il est certain pour nous qu'il a succombé à une mort subite ou rapide ».

Nous pouvons dire que c'est là une certitude d'impression qui ne résiste pas à un examen attentif des faits.

M. le Dr Lacassagne en a si bien conscience que, quelques lignes plus haut (page 23 de son rapport), il dit seulement que « *très probablement* l'imprégnation du sang et des tissus par le toxique a été plus intense chez M. Tarbé que chez sa femme ; en d'autres termes, que M. Tarbé a absorbé davantage d'oxyde de carbone que Mme Tarbé. »

Mais c'est là une simple hypothèse à l'appui de laquelle il ne fournit aucun argument de fait.

Pour arriver à démontrer que la mort n'est pas survenue chez les époux Tarbé de la même façon ; qu'elle a été pour l'un rapide et pour l'autre lente, M. Lacassagne fait interve-

nir les lésions trouvées à l'autopsie, notamment la présence de caillots fibrineux dans le ventricule droit de Mme Tarbé et la vacuité des cavités du cœur de M. Tarbé.

C'est pour lui la preuve que M. Tarbé a dû succomber brusquement au cours de l'intoxication par l'oxyde de carbone, tandis que Mme Tarbé ne s'est éteinte que lentement sous l'influence de la même intoxication.

Pour nous, c'est seulement une des preuves que Mme Tarbé a commencé à être intoxiquée bien avant son mari.

En thèse générale, présence ou absence de caillots dans les cavités du cœur ne veut pas toujours dire « mort lente ou mort rapide ».

Il y a en effet un si grand nombre de facteurs physiologiques ou pathologiques qui peuvent intervenir dans la formation de ces caillots, l'activer ou l'empêcher qu'il est vraiment bien difficile de trancher une question de survie rien qu'avec leur présence ou leur absence.

Si quelque chose peut expliquer, dans l'espèce, la présence du caillot trouvé dans le cœur de Mme Tarbé c'est le fait certain, dont ne parle pas M. le Dr Lacassagne, que les deux intoxications n'ont pas commencé en même temps. Mme Tarbé a été d'une façon non douteuse intoxiquée longtemps avant son mari, elle a eu dans la nuit des vomissements qui ont nécessité les soins de M. Tarbé et nous dirons plus loin que l'apparition des vomissements est une des dernières phases de l'intoxication par l'oxyde de carbone.

Si M. Tarbé avait été intoxiqué en même temps que Mme Tarbé, il n'aurait pu donner à sa femme tous les soins qu'il lui a donnés et ceux-ci ont nécessité des allées et venues de sa part.

De plus, la déposition de Louise Geneste nous fait connaître d'une façon très précise qu'au moment de son entrée dans la chambre, le matin vers huit heures et demie, M. Tarbé était bien vivant puisqu'il lui a parlé, tandis que Madame était immobile dans son lit, couchée sur le côté droit et qu'elle a été encore trouvée dans la même position à onze heures et demie.

Parlant plus loin des constatations faites à l'autopsie et les comparant entre elles, il dit : « Elles démontrent que M. Tarbé a dû succomber brusquement au cours de l'intoxication par l'oxyde de carbone : il n'a pas eu cette période agonique pendant laquelle le sang se coagule, les caillots se for-

ment. La vie a été chez lui brusquement suspendue. Il est mort subitement. »

« Bien d'autres faits et circonstances, dit-il, militent en faveur de la mort subite de M. Tarbé désigné par les médecins comme candidat à ce genre de mort. »

Nous ferons remarquer que ceux-ci avaient exprimé la même opinion sur Mme Tarbé.

Quand il examine le degré de léthalité de l'oxyde de carbone, il dit : « Ce n'est pas seulement la proportion de l'oxyde de carbone, c'est aussi la durée pendant laquelle le sujet est soumis à l'air vicié ; plus le sujet fait d'inspirations, plus il augmente la quantité d'oxyde de carbone fixée sur les globules. »

Il termine en disant : « Donc, contrairement à une opinion généralement émise, la mort par l'oxyde de carbone n'est pas toujours accompagnée d'un abaissement de température. »

Nous verrons que cette assertion est contraire aux faits observés expérimentalement.

Passant ensuite à l'étude des symptômes, il arrive à cette conclusion que les asphyxiés morts lentement sont « pâles » et que dans le cas où l'oxyde de carbone a été absorbé vite et en grande abondance, il y a convulsions, rigidité plus précoce et conservation de la chaleur.

Dans le paragraphe trois, relatif aux lésions cadavériques, il dit : « Dans les cas de survivance chez les asphyxiés par l'oxyde de carbone, il faut tenir compte de la position du survivant, de la durée d'exposition. En outre il y a des causes internes qui augmentent l'état de réceptivité vis-à-vis de l'oxyde de carbone, ainsi les maladies (insuffisance cardiaque), la jeunesse, la faiblesse et surtout un état de réceptivité individuelle. »

En parlant de l'analyse spectroscopique et chimique du sang (Section A. Section B) qu'il critique, il dit dans le premier cas : « Il nous semble prouvé et hors de toute contestation, malgré le silence des experts sur ce point, que M. Tarbé a absorbé plus d'oxyde de carbone que sa femme. »

Ladémonstration aurait été plus saisissante ou convaincante si elle avait découlé de l'analyse chimique quantitative.

Malgré cette lacune de l'expertise, « il lui semble prouvé et hors de toute contestation que M. Tarbé a absorbé plus d'oxyde de carbone que sa femme. »

Le Dr Lacassagne, après avoir examiné en quelques lignes l'influence de l'âge, du sexe, etc..., du degré de résistance à l'intoxication par l'oxyde de carbone cite, d'après Tardieu et Bayard, une affaire Driotton qui, pour lui, présente les analogies les plus frappantes avec l'affaire des époux Tarbé.

Dans ce cas Tardieu et Bayard concluent : « Cette asphyxie produite par les mêmes causes que celles qui ont agi sur le sieur Driotton a été plus lente chez la femme tant à cause de son séjour moins long dans la chambre que de l'attitude plus élevée dans laquelle on l'avait trouvée. La mort est survenue chez elle plusieurs heures après que son mari avait déjà succombé et l'état des poumons montre que la femme Driotton a fait de violents efforts pour respirer et se soustraire à l'asphyxie. »

M. le Dr Lacassagne termine cette citation en disant : Un rapprochement s'impose et l'esprit est disposé à considérer que les époux Tarbé ont succombé dans des conditions identiques. Citant Orfila, Devergie, Tardieu, Brouardel et lui-même, il dit que les femmes résistent plus longtemps que les hommes à l'action de l'oxyde de carbone. Nous ferons remarquer que ce fait est loin d'être démontré.

Après cette longue étude sur l'oxyde de carbone, M. Lacassagne aborde la question de survie et se demande quel a été l'ordre des décès de M. et Mme Tarbé des Sablons. Il commence par une étude sur l'état des lieux et des habitudes de M. et Mme Tarbé des Sablons sans insister sur ces points.

Mais quand il arrive à la position des corps de M. et Mme Tarbé, il dit que la femme de chambre, en pénétrant vers huit heures et demie dans la chambre et en voyant Monsieur désigner une petite cuvette pleine de déjections, a compris que sa maîtresse avait eu une indigestion pendant la nuit et qu'en ce moment elle dormait puisqu'elle venait de la voir les yeux clos tournés sur le côté droit dans sa position ordinaire.

Commentant ensuite les paroles prononcées : « Non, pas Madame », il dit que M. Tarbé ressentait alors très probablement les effets de l'intoxication oxycarbonée.

Il faut faire remarquer, dit-il, qu'au moment où la femme de chambre, vers onze heures et demie, a constaté la mort de M. Tarbé, celui-ci avait le visage tourné vers la porte et tenait dans sa main gauche une petite cuvette où il y avait des vomissements.

La déposition de la femme de chambre dit « vomissures ».

ce qui n'est pas la même chose ; nous dirons plus loin pourquoi.

M. Lacassagne fait argument de la position de M. Tarbé près de la porte de communication du cabinet de toilette dans le courant d'air méphitique, tandis que Madame se trouvait plus éloignée de ce courant, en arrière pour ainsi dire et comme abritée par ses oreillers. Nous ferons remarquer que Mme Tarbé se trouvait depuis sa mise au lit dans ce courant d'air méphitique.

Du fait que M. Tarbé s'était levé, avait fait du thé dans le cabinet de toilette, s'était agité pour donner des soins à sa femme, qu'il a, pour lutter contre le froid, plus profondément et plus souvent respiré, qu'il a, par conséquent, absorbé plus d'oxyde de carbone que Madame, allongée, ne faisant aucun mouvement, il conclut que M. Tarbé a été tout à coup sidéré et s'est affaissé sur le corps de sa femme.

Nous avons hâte de dire que ce ne sont là que des hypothèses qui ne reposent sur aucune base indiscutable.

Au sujet des vomissements, M. Lacassagne émet également une série d'hypothèses en contradiction avec les dépositions des témoins et que rien ne justifie.

Dans son chapitre relatif au refroidissement des cadavres, il dit que les témoins ne sont pas unanimes dans leur expression de la sensation qu'ils ont éprouvée en touchant diverses parties du corps de M. ou de Mme Tarbé.

Aux déclarations des témoins qui sont venus de onze heures et demie à midi, il oppose la déclaration de Mlle Honorine Gruslin, qui a tâté Mme Tarbé en différents points et n'a trouvé ni chaleur ni froid ; le bras était plus froid que la figure, et le procès-verbal du Commissaire de police notait que les deux cadavres sont « encore chauds ». Il oublie de dire que Mlle Gruslin est entrée dans la chambre seulement à une heure moins vingt, et M. le Commissaire à peu près à la même heure. Après avoir ajouté que tous ces témoignages n'ont pas de valeur, il termine en disant : « Pour un point, je suis disposé à croire que le corps de M. Tarbé présentait une température plus élevée parce que, comme nous l'avons dit, l'intoxication avait été plus profonde et plus complète. M. Tarbé, de plus, était obèse et son corps devait se refroidir plus lentement. »

Nous dirons plus loin qu'il y avait une autre raison.

Parlant de la coloration rosée de la peau et du visage de M. Tarbé, il cite une description de Portal et ajoute : « Cette

énumération renferme la description du visage et du cadavre de M. Tarbé . »

Notant que ces taches colorées, caractéristiques de la haute proportion d'hémoglobine oxycarbonée, ne sont relevées par les médecins ou les experts que sur le cadavre de M. Tarbé, il en conclut que l'intoxication a été plus profonde chez celui-ci qui respirait largement parce qu'il était gros ; de là une asphyxie plus prompte, plus rapide et à terminaison brusque à cause de l'état du cœur et des poumons

Après avoir cité Briand et Chaudé discutant les conditions qui font que, deux personnes étant soumises en même temps à l'influence d'une atmosphère viciée par les vapeurs de charbon, l'une peut vivre ou résister plus longtemps que l'autre, il ajoute.

« Mme Tarbé a été trouvée très froide et pâle parce qu'elle venait de succomber ».

La face de M. Tarbé était rosée, avec plaques en différents points du visage et aux oreilles, les lèvres étaient noires, une écume rosée sortait de la bouche, la chaleur paraissait conservée.

Toutes ces constatations montrent qu'il était mort depuis longtemps.

Ces deux affirmations si nettes sont en absolue contradiction avec ce que l'on observe au moyen du thermomètre dans les intoxications expérimentales par l'oxyde de carbone.

Analysant les impressions des divers témoins, après avoir dit (page 67) que ces témoignages n'avaient pas de valeur, le Dr Lacassagne dit que, si le cadavre de M. Tarbé a été trouvé plus chaud, c'est parce qu'il était plus intoxiqué. Quant à Mme Tarbé, sa peau était froide parce qu'elle s'était asphyxiée lentement.

Un peu plus loin, il ajoute : Si les médecins ont cru, à cause de l'aspect de la face et des lèvres et de la chaleur, que Monsieur était encore en vie ou pouvait être ranimé, c'est « qu'ils ignoraient que la mort était due à l'action de l'oxyde de carbone, qui donne aux cadavres fortement intoxiqués cet aspect et cette conservation du calorique. »

Il termine en disant : « Il nous paraît démontré que l'impression des médecins et des domestiques a été fautive en ce qui concerne le prédécès de Mme Tarbé ou du moins cette impression ne s'appuie sur rien d'exact. »

Passant ensuite à la discussion des conclusions de MM. Brouardel et Ogier, il dit, en parlant de leur première con-

clusion, qu'en l'absence de dosage de l'agent toxique dans chacun des cadavres, il en est réduit à cette « *présomption* » que lui a permis d'établir la comparaison des autopsies : M. Tarbé a absorbé une plus forte dose d'oxyde de carbone que Mme Tarbé.

Examinant la seconde conclusion, qui écarte toute cause de mort par suite des affections cardiaques graves constatées chez chacun d'eux, il fait remarquer que l'état des reins. l'existence du diabète pourrait faire supposer chez Mme Tarbé un coma urémique ou diabétique ou une syncope au cours d'une intoxication par l'oxyde de carbone.

Dans ces conditions, dit-il, l'imprégnation par le toxique aurait pu être moins forte étant donné l'état agonique créé par les affections dont nous venons de parler.

Examinant la troisième conclusion, il dit qu'il résulte des expériences faites par les experts que le courant d'air chaud provenant du cabinet de toilette pénétrait par la porte de communication dans la chambre à coucher. Par suite de la situation des deux cadavres, M. Tarbé était placé dans des conditions telles qu'il se trouvait directement exposé aux émanations des gaz toxiques.

C'est grâce à sa capacité respiratoire beaucoup plus considérable, à son activité musculaire, à son séjour plus ou moins prolongé dans le cabinet de toilette, où se trouvait accumulé l'air chaud toxique que M. Tarbé avait été fortement intoxiqué et que « si son cadavre était plus chaud », cela tenait à l'action plus marquée de l'oxyde de carbone.

Arrivant enfin à la quatrième conclusion des experts, il déclare n'être pas du tout de leur avis et avoir montré quelle était la valeur des témoignages invoqués et que la bonne foi des témoins avait été certainement surprise. Comme MM. Brouardel et Ogier, il est d'avis qu'il n'y a pas de preuves directes du prédécès, mais seulement des *présomptions* qui lui paraissent ressortir des faits qu'il a établis.

Si on lui avait posé la question qui se trouve dans l'ordonnance de référé, il aurait répondu :

« Les *présomptions* sont que M. Tarbé a été sidéré entre neuf heures et demie et dix heures. »

Il est donc mort aux environs de dix heures, et, après son décès, Mme Tarbé vivait encore, car elle a vomi sur son oreiller des matières alimentaires constatées par plusieurs témoins ; elle était dans un état syncopal ou demi-comateux qui a duré probablement assez longtemps puisqu'il s'est ainsi

formé ce long caillot d'agonie et que se sont produits aussi ces autres signes de la mort lente : la pâleur de la face, le refroidissement marqué de la peau.

Il termine enfin par les conclusions générales suivantes :

1^o M. et Mme Tarbé des Sablons ont succombé aux suites d'une asphyxie par l'oxyde de carbone.

2^o Les résultats de l'autopsie, la disposition des lieux, la situation des deux cadavres prouvent que M. Tarbé a été plus intoxiqué que Mme Tarbé.

3^o L'un et l'autre étaient atteints de lésions cardiaques graves qui faisaient redouter aux médecins habituels l'éventualité d'une mort subite.

Les lésions trouvées à l'autopsie du côté du myocarde et de l'artère coronaire de M. Tarbé, les adhérences pleurales rendent compte de la possibilité d'une mort subite. Chez Mme Tarbé, le cœur est trouvé un peu volumineux, mais sans lésions ; il y a de l'aortite, les reins sont un peu rétractés.

4^o Les constatations, faites par les experts, démontrent que M. Tarbé a en effet succombé brusquement ou rapidement et que Mme Tarbé a agonisé longtemps.

5^o S'il n'y a pas de preuve directe du prédécès de l'un ou de l'autre des époux Tarbé, les circonstances de fait que nous avons mises en évidence constituent des présomptions médicales précises et concordantes du prédécès de M. Tarbé.

Ainsi se termine le long rapport de M. le professeur Lacassagne.

Nous allons donc reprendre chacune de ces conclusions générales et démontrer que les assertions des deuxième et quatrième ne reposent sur aucune base scientifique et que l'hypothèse de la cinquième relative au prédécès de M. Tarbé est contraire aux circonstances de fait.

ANALYSE DES FAITS OBSERVÉS. — DISCUSSION DES ASSERTIONS DE
M. LE D^r LACASSAGNE. — EXPÉRIENCES. — CONCLUSIONS.

M. et M^{me} Tarbé des Sablons ont succombé aux suites d'une asphyxie par l'oxyde de carbone.

C'est un fait non douteux. Cette double intoxication a été démontrée par l'examen spectroscopique du sang ; d'autre part, l'examen des lieux et les expériences faites ont prouvé que l'oxyde de carbone était arrivé dans la chambre à coucher des époux Tarbé par une bouche de chaleur située dans le cabinet de toilette voisin de cette chambre et à quatre mè-

tres trente-cinq centimètres en face la porte de communication des deux pièces.

Le cabinet de toilette, éclairé par deux fenêtres sur le jardin, mesure cinq mètres cinquante-cinq de longueur et quatre mètres trente-cinq de largeur. La hauteur moyenne est de deux mètres soixante-quatorze, ce qui donne un cube de $5^m,55 \times 4^m,35 \times 2^m,74$, soit soixante-six mètres cubes cinquante décimètres cubes.

La chambre à coucher, éclairée par trois fenêtres sur le jardin mesure exactement sept mètres vingt-cinq de longueur, cinq mètres cinquante cinq de largeur et une hauteur moyenne de deux mètres sept cent quarante-cinq millimètres, ce qui donne un cube de $7^m,25 \times 5^m,55 \times 2^m,745$, soit cent dix mètres cubes quatre cent cinquante décimètres cubes. Entre la première la deuxième fenêtre de la chambre existe une bouche de chaleur à coulisse en plinthe. Aucun des rapports ne fait mention de cette deuxième bouche.

En passant du cabinet de toilette dans la chambre, on voit à gauche, le lit de M^{me} Tarbé à un mètre environ du bord gauche de la porte. Celui de M. Tarbé est placé à côté, à la même distance du montant d'une porte condamnée communiquant également avec le cabinet de toilette.

Les fenêtres des deux pièces avaient des bourrelets, et les portes étaient munies de portières. Les deux pièces étaient donc aussi bien closes que possible. Le cabinet de toilette s'ouvrait sur l'antichambre, et la chambre à coucher sur un couloir de dégagement par une porte occupant le milieu et masquée par une portière. La bouche de chaleur du cabinet de toilette, par laquelle sont arrivés, d'après les expériences faites, les gaz toxiques, se trouve derrière une chaise longue et en face le montant de gauche de la porte ; elle est en soufflet en parquet et se trouve masquée par le dossier de la chaise.

Telle est la disposition exacte des lieux.

Étant données celle-ci et la situation des lits de M. et Mme Tarbé par rapport à la source des gaz toxiques, il n'est pas douteux que Mme Tarbé devait être intoxiquée la première par suite de son voisinage avec la porte de communication. C'est, en effet ce qui a eu lieu, puisque M. Tarbé, il n'y a pas de doute à ce sujet, s'est levé pour donner des soins à Mme Tarbé ; c'est pourquoi le matin, vers huit heures et demie, il a été trouvé par la femme de chambre assis à droite de Mme Tarbé, c'est-à-dire entre le lit et la porte de communication.

De plus, il a parlé à celle-ci en lui faisant signe d'enlever une petite cuvette pleine de matières vomies sans lui dire à quelle heure celles-ci avaient été rejetées.

Après l'enlèvement de cette cuvette et après la seconde entrée de la femme de chambre, il a dû se lever et aller dans le cabinet de toilette chercher une autre cuvette, celle qu'il tenait à la main au moment où il a été trouvé mort, vers onze heures et demie, et dans laquelle il y avait « quelques vomissures », dit la femme chambre dans sa déposition.

Ainsi donc, il est nettement établi que Mme Tarbé a été la première intoxiquée ; les vomissements qu'elle a eus avant l'entrée de la femme de chambre vers huit heures et demie sont, non seulement des symptômes de l'intoxication oxycarbonique, mais ils sont de plus caractéristiques d'une intoxication déjà avancée ; en effet, ils précèdent généralement la mort de peu de temps.

Dans toutes les expériences que nous avons faites avec les chiens, nous avons toujours vu les vomissements se montrer à la fin de l'intoxication et précéder de peu les émissions involontaires de matières fécales et d'urine, symptômes habituels de la mort prochaine.

Tous les auteurs sont d'accord à ce sujet.

De plus, étant donnée la présence dans les vomissements de Mme Tarbé de matières alimentaires non digérées et facilement reconnaissables (déposition de la femme de chambre), on peut en tirer cette conclusion que Mme Tarbé a commencé à s'intoxiquer avant que la digestion ait eu le temps de se faire, c'est-à-dire très probablement peu de temps après sa mise au lit. M. et Mme Tarbé s'étaient mis à table à sept heures et demie et s'étaient couchés entre neuf heures et demie et dix heures.

Il y a longtemps que cette influence des vapeurs de charbons sur la digestion a été signalée. Ollivier d'Angers et Orfila ont établi que la digestion se trouve comme suspendue chez les individus exposés aux vapeurs du charbon.

Nous trouvons dans ce fait la preuve que M. Tarbé a subi beaucoup plus tard que sa femme l'influence des vapeurs toxiques émanées du cabinet de toilette ; en effet sa digestion était terminée depuis longtemps quand il a commencé à commencer à s'intoxiquer et quand il a été profondément intoxiqué il n'a pas eu de vomissements, il a rendu seulement les quelques « vomissures » signalées par la femme de cham-

bre dans la cuvette qu'on lui a trouvée dans la main à onze heures et demie,

Il est, en effet, très probable qu'il est allé chercher cette cuvette pour lui et non pour sa femme absolument immobile depuis le matin et probablement déjà morte, car à onze heures et demie, elle a été trouvée exactement dans la même position qu'à huit heures et demie. Or, il paraît certain que c'est après neuf heures et demie qu'il est allé chercher cette cuvette, puisque la femme de chambre et M. Cahen, en regardant dans la chambre à cette même heure, ne la lui ont pas vue entre les mains. A notre avis, il n'a dû aller la chercher que lorsqu'il a éprouvé à son tour des envies de vomir et, comme sa digestion était terminée depuis longtemps, il n'a rendu que les quelques « vomissures » signalées par la femme de chambre.

En résumé, voici à notre avis ce qui a dû se passer :

M. et Mme Tarbé, après avoir diné à sept heures et demie et s'être couchés à leur heure habituelle, vers neuf heures et demie ou dix heures, se sont endormis. Mme Tarbé, placée près de la porte de communication avec le cabinet de toilette, a été soumise de suite aux effets des vapeurs toxiques provenant de la bouche de chaleur. Nous en avons la preuve dans la non digestion des matières alimentaires prises à son dîner et rejetées par elle. Elle a été réveillée dans le courant de la nuit, nous ne saurions dire à quelle heure, par les envies de vomir et a réveillé du même coup M. Tarbé qui s'est levé pour lui donner des soins. Il est allé à ce moment dans le cabinet de toilette chercher une cuvette pour recevoir les vomissements de sa femme. C'est à partir de ce moment que M. Tarbé, venant se placer entre le lit de sa femme et la porte de communication, a dû commencer à être soumis à l'action des vapeurs toxiques arrivant par la porte.

S'il était resté dans son lit, il est probable qu'il n'eût pas été plus incommodé dans la matinée que dans la nuit ; ce qui le prouve c'est qu'il a parfaitement digéré son dîner, ce qui n'aurait pas eu lieu s'il avait respiré les mêmes vapeurs toxiques que sa femme et en même temps qu'elle.

Pour démontrer d'abord que le cadavre de M. Tarbé était « plus chaud », non pas comme le dit M. Lacassagne (page soixante-quatorze de son rapport) parce qu'il était « plus intoxiqué », mais bien parce que la mort était plus récente et ensuite que celui de Mme Tarbé était « plus froid », non pas parce qu'elle s'était « asphyxiée lentement », comme l'affirme

M. Lacassagne, mais bien parce qu'elle était morte avant, nous avons fait un grand nombre d'expériences pour rechercher s'il y avait une différence dans l'abaissement de la température après la mort chez les animaux intoxiqués rapidement ou lentement. Nous avons intoxiqué des chiens, des lapins, des cochons d'Inde et des rats.

Pour nos expériences sur les autres animaux que les chiens, nous avons employé une cage de verre de quarante-huit litres de capacité, dans laquelle nous avons introduit des volumes rigoureusement mesurés d'oxyde de carbone pur et après avoir pris la précaution de placer sous le plancher à claire-voie de la cage, de la potasse pour absorber l'acide carbonique provenant de la respiration des animaux en expérience.

Pour nos expériences avec les chiens, nous les avons faites dans deux salles communiquant entre elles par une porte et en produisant l'oxyde de carbone par la combustion d'un mélange de coke et de charbon de bois dans un poêle dont le tuyau avait été retiré de la cheminée.

Nous avons placé le poêle, par rapport à la porte de communication, dans la même position que la bouche de chaleur du cabinet.

Quant aux animaux en expérience, ils étaient attachés dans la salle voisine à la même place que les lits de M. et Mme Tarbé dans leur chambre.

Pour étudier la diffusion des vapeurs toxiques dans la pièce, nous avons toujours placé un troisième animal dans l'angle opposé à la porte de communication.

La pièce où était installé le poêle mesure exactement une longueur de trois mètres quatre-vingts, une largeur de deux mètres vingt-deux et une hauteur de trois mètres soixante-quinze, ce qui représente un cube de trente et un mètres six cent trente décimètres cubes ; elle prend jour sur la rue par une large fenêtre et communique avec l'autre salle par une porte large de quatre-vingts centimètres.

Cette seconde salle où nous avons placé nos animaux mesure une longueur de cinq mètres quarante-cinq, une largeur de trois mètres quarante-cinq et une hauteur de trois mètres soixante-quinze, ce qui donne un cube de soixante-dix mètres cinq cents décimètres cubes. Elle est éclairée par une large fenêtre sur la rue et par une porte vitrée située en face et à travers laquelle nous avons facilement observé ce qui se passait.

Nous n'avons calfeutré ni les portes ni les fenêtres. Nous

a vons toujours fait nos expériences avec trois chiens à la fois ; un de petite taille et deux de moyenne ; ces derniers toujours de sexe différent. Nous avons pris la température dans le rectum avant la mise en expérience et aussitôt après la mort, tous les quarts d'heure pendant trois heures. Voici le résultat de nos observations.

Dans toutes les expériences que nous avons faites avec les chiens, c'est toujours l'animal placé près de la porte de communication, qui a manifesté les premiers signes d'intoxication ; ensuite celui placé dans l'angle opposé et en troisième lieu celui placé comme l'était M. Tarbé dans son lit.

La résistance des animaux à l'intoxication paraît avoir toujours été, pour des animaux de même espèce, proportionnelle à leur taille et à leur poids. Les petits animaux résistent moins bien que les grands. Nous n'avons remarqué aucune différence entre la résistance des mâles et des femelles de même taille. Nous avons pratiqué des intoxications aussi rapides que possible et également des intoxications lentes pour voir quelle influence pouvait avoir sur la formation des caillots dans le cœur les deux genres de mort.

Nos intoxications les plus rapides ont été obtenues en trente-cinq minutes avec des lapins et de l'oxyde de carbone mélangé avec de l'air dans la proportion de trois pour cent, dans la cage en verre dont nous avons parlé. Nos plus lentes ont été faites en huit ou dix heures. Aussitôt après la mort des animaux lentement ou rapidement intoxiqués, nous avons pris leur température rectale de quart d'heure en quart d'heure pendant trois heures en moyenne et nous avons constaté que la température baissait régulièrement après la mort d'un demi-degré à un degré tous les quarts d'heure.

L'enveloppement de l'un des animaux dans une couverture de laine ne paraît pas retarder cet abaissement de température ; celui-ci est si régulier qu'on pourrait presque préciser l'heure de la mort de chaque animal par les différences de la température rectale prise pendant les deux ou trois heures qui suivent la mort.

Ce sont du reste des expériences faciles à reproduire et par conséquent à contrôler.

Que résulte-t-il donc de ces nombreuses expériences faites avec les animaux les plus divers, chiens, lapins, cochons d'Inde et rats ?

Il en résulte un premier point, c'est que les vomissements

sont symptomatiques d'une intoxication avancée et précèdent de peu de temps la mort.

Il en résulte également un second, très important dans l'espèce, c'est que la température centrale et par conséquent périphérique de l'animal subit après la mort, que celle-ci ait été rapide ou lente, un abaissement régulièrement progressif d'un demi-degré à un degré par quart d'heure pendant les deux ou trois heures qui suivent la mort.

La conséquence à tirer de ces faits d'observations, c'est que Mme Tarbé a été intoxiquée longtemps avant son mari et que lorsque celui-ci s'est levé pour lui donner une cuvette pour vomir, elle était déjà arrivée à une période de l'intoxication proche de la mort ; en général, dans nos observations sur les chiens, les vomissements se sont montrés de quinze à vingt-cinq minutes avant la mort.

Ainsi, quand la femme de chambre est entrée le matin, vers huit heures et demie, dans la chambre, Mme Tarbé était peut-être déjà morte, alors que M. Tarbé n'avait encore subi qu'un commencement d'intoxication puisqu'il a parlé et qu'il a pu, entre neuf heures et demie et onze heures, aller chercher la cuvette qu'on lui a trouvée entre les mains à onze heures et demie.

M. le Dr Lacassagne pense que M. Tarbé a pris cette cuvette pour recueillir de nouveaux vomissements de Mme Tarbé, alors qu'il est beaucoup plus probable que c'est pour lui-même qu'il est allé la chercher et que c'est lui qui y a déposé les « vomissures » trouvées par la femme de chambre.

En résumé, M. Tarbé n'aurait commencé à s'intoxiquer qu'alors que sa femme l'était depuis longtemps déjà par le fait de son voisinage avec la porte de communication.

D'autre part, les expériences que nous avons faites sur la marche de la température centrale après la mort montrent que les impressions de la femme de chambre, du domestique et de l'étudiant en médecine trouvant que Monsieur était encore « chaud » et Madame « froide » sont des impressions exactes et non pas des impressions qui n'ont aucune valeur, comme le dit M. Lacassagne.

De plus, elles prouvent que si M. Tarbé était plus chaud, cela ne signifie pas qu'il avait été « plus intoxiqué » que sa femme par l'oxyde de carbone ; mais seulement que sa mort était plus récente. L'abaissement de température est si régulier après la mort rapide ou lente par l'oxyde de carbone qu'il ne saurait y avoir de doute à cet égard ; « plus chaud » signifie mort le plus récemment.

L'autopsie des animaux que nous avons mis en expérience nous a appris que la rapidité ou la lenteur de l'intoxication ne paraît pas avoir une influence appréciable et constante sur le volume ou la consistance des caillots contenus dans les cavités du cœur.

La facilité avec laquelle paraissent se former les caillots dans l'asphyxie par les vapeurs de charbon doit tenir à cette particularité, signalée dans la thèse du Dr Marye, que le sang des asphyxiés est très coagulable.

Ainsi dans presque toutes nos expériences nous avons trouvé à l'autopsie, du sang coagulé dans les cavités droites et gauches du cœur.

Trois fois seulement sur vingt-neuf expériences nous n'avons trouvé dans les cavités du cœur qu'une très petite quantité de sang à peine coagulé et deux fois, toutes les cavités du cœur étaient absolument vides.

Avoir ou n'avoir pas de caillots dans les cavités du cœur ne veut donc pas toujours dire d'une façon absolue « mort lente ou mort rapide ».

Il y a sûrement un certain nombre de facteurs physiologiques ou pathologiques que nous ne connaissons pas et qui doivent intervenir dans chaque cas pour faciliter ou empêcher la formation des caillots dans les cavités du cœur.

Ainsi dans l'une de nos expériences au cours de laquelle trois chiens, dont un petit et deux de taille moyenne (l'un mâle et l'autre femelle), ont été asphyxiés ensemble dans un temps assez court (cent, cent cinq, cent dix minutes), nous avons trouvé, pour ces animaux, placés exactement dans les mêmes conditions et morts à cinq minutes d'intervalle, des différences très appréciables au point de vue de la formation des caillots ; l'un deux avait beaucoup de caillots, l'autre de tout petits caillots et le troisième du sang à peine coagulé.

Dans une autre expérience, avec deux lapins asphyxiés ensemble de dix heures trente à onze heures cinq et onze heures vingt-cinq, c'est-à-dire en trente-cinq et cinquante-cinq minutes (on ne peut guère trouver d'asphyxie plus rapide), l'animal mort à onze heures cinq, c'est-à-dire en trente-cinq minutes avait les cavités du cœur, oreillettes et ventricules remplies de caillots, tandis que l'autre, *mort en cinquante-cinq minutes*, avait également des caillots, mais beaucoup moins abondants.

C'était donc l'animal, qui avait mis le plus de temps à mourir qui avait le moins de caillots.

Dans une autre expérience sur un animal mort en *soixante-douze minutes*, les cavités du cœur, surtout celles du cœur droit, étaient remplies de caillots volumineux durs, presque fibrineux.

Dans une autre encore, où nous avons asphyxié un lapin plus lentement, *deux cent vingt-cinq minutes*, par augmentation progressive des doses d'oxyde de carbone, nous avons trouvé dans les cavités du cœur des caillots, mais beaucoup plus petits et beaucoup moins épais que dans le cas précédent.

D'une façon générale, on trouve presque toujours, dans les cavités du cœur, des asphyxiés par les vapeurs de charbon, des caillots et ceux-ci paraissent proportionnels comme volume et comme consistance à la durée de l'action des gaz toxiques ; mais comme dans nos expériences d'asphyxie simultanée nous avons toujours trouvé, en examinant ces caillots, des différences très appréciables, même sur des animaux morts dans le même temps, c'est-à-dire à cinq minutes d'intervalle, il en résulte qu'il est impossible de tirer une conclusion précise de leur présence ou de leur absence, de leur volume et de leur consistance.

Par suite, prétendre que Mme Tarbé est morte la dernière parce que son cœur contenait des caillots volumineux, alors que celui de son mari était vide, nous semble une affirmation des plus critiquables. Les résultats que nous ont donnés les expériences que nous avons faites montrent que la présence des caillots n'a pas la valeur que lui attribue M. le Dr Lacassagne au point de vue de la survie.

Pour nous, leur présence dans le cœur de Mme Tarbé vient uniquement compléter les preuves que nous avons précédemment données que celle-ci a commencé à être intoxiquée bien avant son mari et qu'elle était déjà très intoxiquée quand celui-ci a commencé à lui donner des soins.

Quand il s'agit d'une question de survie, la présomption de celle-ci ne peut être déterminée que par trois sortes de preuves, dit avec raison le législateur : par des témoignages, par les circonstances du fait et, à défaut de ces preuves directes, ou indirectes, par la présomption légale.

Nous croyons que, dans l'espèce, la question de survie de M. Tarbé se trouve démontrée par les témoignages de la femme de chambre, du domestique, du pharmacien et de l'étudiant en médecine intervenus immédiatement ou quelques minutes après la découverte des cadavres. Leurs impressions »

Madame était froide — Monsieur était chaud » sont d'accord avec ce que nous savons expérimentalement de la marche de la température du corps après la mort par les vapeurs de charbon ; celle-ci subit un abaissement absolument régulier et indépendant du plus ou moins de rapidité ou de lenteur de l'intoxication.

La survie de M. Tarbé se trouve encore confirmée par les circonstances de fait. En effet, il n'est pas douteux que Mme Tarbé, par suite de son voisinage de la porte de communication, devait être intoxiquée la première. L'arrêt de la digestion prouve qu'il en a été réellement ainsi et aussitôt après sa mise au lit, qui a eu lieu une heure et demie environ après le dernier repas.

La digestion de M. Tarbé s'est faite, au contraire, d'une façon normale, ce qui ne serait pas arrivé s'il avait été soumis, en même temps que sa femme, à l'influence des gaz toxiques.

De plus, comme les vomissements ne se produisent qu'à une période avancée de l'intoxication oxycarbonique, on peut être certain que Mme Tarbé était profondément intoxiquée quand M. Tarbé s'est levé pour lui donner des soins et recueillir ses vomissements.

Ajoutons encore qu'il est en outre certain qu'après neuf heures et demie (déposition de la femme de chambre) M. Tarbé a accompli un certain nombre d'actes. Il a pu, par exemple, aller chercher une seconde cuvette dans le cabinet de toilette, tandis que Mme Tarbé, immobilisée dans son lit et couchée sur le côté droit à huit heures et demie, est encore trouvée exactement dans la même position à onze heures et demie.

Mme Tarbé, soumise depuis beaucoup plus longtemps que son mari à l'action nocive des gaz toxiques, devait physiologiquement mourir avant celui-ci. Les témoignages que nous avons relatés prouvent que la présomption de survie de M. Tarbé n'est pas douteuse.

Il est mort plus rapidement, puisqu'il n'a commencé à s'intoxiquer qu'à partir du moment où il est venu s'asseoir auprès de sa femme déjà très malade et dans le voisinage immédiat de la porte de communication. Mais cela ne veut pas dire qu'il soit mort subitement et avant elle, comme l'affirme M. le Dr Lacassagne parce qu'il était « chaud », tandis qu'elle était « froide » et parce qu'il « n'avait pas de caillots dans le cœur » tandis qu'elle en avait « un gros ».

Nous avons vérifié expérimentalement ces deux affirma-

mations, et nous avons constaté que « plus chaud » signifiait absolument « mort plus récente ». Nous avons également constaté que la présence ou l'absence des caillots dans les cavités du cœur n'était pas toujours en rapport avec le plus ou moins de rapidité ou de lenteur de l'apparition de la mort. Cette absence ou cette présence ne saurait donc être considérée comme suffisante pour autoriser à dire, dans le cas de deux personnes mourant ensemble dans les conditions de M. et Mme Tarbé : celle qui avait des caillots dans le cœur est morte la dernière ; celle dont le cœur était vide est morte subitement et avant la première.

Nous dirons, en terminant, que les présomptions légales de la survie de M. Tarbé se trouvent, dans le cas particulier, corroborées par les témoignages, les circonstances de fait et les résultats des expériences que nous avons faites.

Si on nous avait posé la question qui se trouve dans l'ordonnance de référé : « déterminer les moments auxquels ont eu lieu les décès de M. et Mme Tarbé », nous aurions répondu :

Les témoignages de la femme de chambre, du domestique, du pharmacien et de l'étudiant en médecine, les circonstances de fait et les expériences que nous avons faites sont, dans l'espèce, d'accord avec les présomptions légales.

M. Tarbé est mort après Mme Tarbé parce qu'il a été trouvé « plus chaud ».

La température du corps suit, en effet, toujours une marche régulièrement décroissante après la mort rapide ou lente par l'oxyde de carbone.

Mme Tarbé a été, bien avant son mari, soumise à l'action des gaz toxiques.

La preuve en est fournie par la non-digestion des aliments ingérés au dîner et qui ont été rendus tels qu'ils avaient été pris. Soumise la première à l'action des gaz toxiques, Mme Tarbé devait donc, physiologiquement et à moins de circonstances exceptionnelles, mourir la première.

Sans pouvoir préciser l'heure de sa mort, nous dirons que Mme Tarbé a dû succomber peu de temps après avoir vomi, car les vomissements se montrent à une période avancée de l'intoxication ; chez les animaux en expérience, ils précèdent généralement la mort de vingt à trente-cinq minutes.

L'absence de caillots dans les cavités du cœur de M. Tarbé ne saurait être considérée comme une preuve scientifique qu'il est mort subitement et surtout avant sa femme.

C'est tout au plus une présomption qu'il a été moins longtemps que Mme Tarbé soumis à l'action des gaz toxiques.

Il est, en effet, probable qu'il n'a commencé à s'intoxiquer qu'après s'être levé pour donner des soins à Mme Tarbé et être venu s'asseoir près de la porte de communication par laquelle arrivaient les gaz toxiques.

La conclusion générale suivante s'impose donc :

Il n'y a pas de preuve scientifique absolue du prédécès de M. Tarbé ; mais les témoignages de la femme de chambre, du domestique, du pharmacien et de l'étudiant en médecine, les circonstances de fait et enfin les expériences que nous avons faites constituent un ensemble de preuves assez précises et assez concordantes pour nous autoriser à dire, sans invoquer la présomption légale, que M. Tarbé est mort après Mme Tarbé.

Réponse aux objections formulées par M. le Dr Lacassagne contre les conclusions de notre rapport .

Dans la première partie de son travail, M. le docteur Lacassagne analyse notre rapport.

Dans la seconde, il critique nos expériences : « Nous établissons, dit-il, que des expériences sur les animaux ne constituent pas une preuve ni même un élément de présomption à invoquer dans cette question de survie, » et s'efforce de réfuter ce déterminisme expérimental.

Dans la troisième, il examine sur l'homme, asphyxié par les vapeurs de charbon :

A. — Les vomissements ;

B. — La température des cadavres ;

C. — Les caillots dans le cœur, d'après les observations cliniques et les constatations faites aux autopsies.

Le rapport se termine par des documents et renseignements complémentaires, parmi lesquels se trouve citée, d'après le journal *Le Temps*, l'intoxication de M. et Mme Zola.

En réponse aux arguments de fait et aux résultats expérimentaux sur lesquels sont basées les conclusions de notre premier rapport, M. le docteur Lacassagne, rappelant les conclusions qu'il a formulées, dit :

« Sur la première de mes conclusions, il n'y a pas de doute : les époux Tarbé, tout le monde le reconnaît, ont succombé aux suites d'une asphyxie par l'oxyde de carbone. »

En ce qui concerne la deuxième : sans doute il n'est pas établi scientifiquement, comme le fait observer M. Descoust,

que M. Tarbé a été plus intoxiqué que Mme Tarbé, et nous avons dit combien il est regrettable que l'analyse quantitative de l'oxyde de carbone dans le sang des époux Tarbé n'ait pas été faite. »

« Toutefois, ajoute-t-il, l'état de la peau avec larges plaques de couleur rosée, l'état de l'estomac avec un liquide sanguinolent rose et une muqueuse maculée d'ecchymoses en série, *la température du cadavre* sont autant de preuves cliniques que l'observation scientifique la plus sévère attribue aux personnes très intoxiquées par l'oxyde de carbone. « Ces symptômes, du reste, n'ont pas été constatés sur le cadavre de Mme Tarbé. »

En ce qui concerne la troisième et la quatrième : « Il est démontré, dit-il, et d'ailleurs le fait est admis par M. Descoust lui-même dans son rapport que M. Tarbé a succombé brusquement, tandis que Mme Tarbé a agonisé lentement. »

Je ferai remarquer en passant que j'ai dit, en parlant de M. Tarbé qu'il était mort non pas « *brusquement* » mais *plus rapidement* », ce qui est loin d'être la même chose.

Relativement à la cinquième, « elle n'est pas, dit-il, une hypothèse, non seulement elle n'est pas contraire aux circonstances du fait, elle en découle. »

Avant de se livrer à la critique de notre travail, M. le docteur Lacassagne juge nécessaire d'examiner deux autres points visés, dit-il, dans notre rapport :

A. — La position des corps de M. et Mme Tarbé ;

B. — Le degré d'intoxication de l'un et de l'autre.

» Lorsque M. Descoust avance, dit-il, que Mme Tarbé, dès 10 heures du soir, a été soumise de suite aux effets des vapeurs toxiques provenant de la bouche de chaleur, que la la preuve d'intoxication précoce de Mme Tarbé se trouve dans la non-digestion des aliments, qu'elle a dû succomber peu de temps après avoir vomi, car chez les animaux en expérience, les vomissements précèdent la mort de 20 à 35 minutes, que Mme Tarbé, quand la femme de chambre est entrée vers 8 heures 1/2, dans la chambre, était peut-être déjà morte, il nous semble que l'auteur du rapport émet une série de contradictions et d'erreurs.

« Les vomissements ne sont pas la preuve du début de l'intoxication : ils viennent à un moment quelconque de celle-ci, souvent ne se montrent pas parce que l'estomac est vide ou parce que l'action de l'oxyde de carbone arrête la digestion sans provoquer des contractions et des expulsions. La science dit que beaucoup d'intoxiqués ne vomissent pas. »

Nous ferons remarquer que nous n'avons pas dit que les vomissements étaient la preuve de l'intoxication.

Nous avons dit, au contraire (*ce qui est absolument différent*), qu'ils étaient symptomatiques d'une intoxication avancée et qu'en général ils précédaient la mort de 20 à 35 minutes.

C'est un fait résultant de nombreuses observations expérimentales et dont nous avons tiré les seules conclusions qu'il comporte.

Nos assertions ne constituent donc pas une série de contradictions et d'erreurs.

En parlant du fait que M. Tarbé est allé chercher la cuvette qui a été trouvée dans sa main gauche à 11 h. 1/2, il dit « que nous avons oublié d'ajouter que M. Tarbé a placé cette cuvette sous le visage de sa femme. La mort l'a catalepsié, figé dans cette dernière attitude qui montre nettement pour tout esprit non prévenu le service que M. Tarbé rendait à sa femme, vomissant les substances trouvées dans la cuvette et sur l'oreiller. Si la mort, ajoute-t-il, n'avait ainsi surpris M. Tarbé, il lui aurait été facile de sonner ou d'appeler au secours ».

Aussitôt après, M. Lacassagne ajoute : « L'exposé que nous venons de faire indique simplement ce qui s'est passé. Il démontre, en même temps, que M. Tarbé est mort d'une façon subite et rapide ».

C'est vite dit, mais nous avouons ne pas voir comment et pour quelles raisons M. Lacassagne émet une assertion aussi précise, sans preuves à l'appui.

Un peu plus loin, il dit « que l'attitude si caractéristique du bras de M. Tarbé ne nous a pas frappé, que nous ne la notons pas et que nous ne fournissons aucune explication sur ce point ».

Marye, dit-il, qui a si bien observé les corps des asphyxiés pendant les trois ou quatre heures qui suivent la mort, s'exprime ainsi : « Les extrémités se font voir dans les mêmes positions qu'elles ont prises avant la mort, c'est-à-dire que si l'asphyxié était le bras élevé avant de mourir, vous trouverez ce membre dans la même situation après la mort et quelle force que vous déployiez, vous ne pourrez le ramener complètement auprès du tronc ».

Cette observation, déjà ancienne, paraît décisive à M. le docteur Lacassagne.

Nous ne voyons pas en quoi ce phénomène de rigidité signalé par Marye peut être décisif dans l'espèce.

Tout le monde sait que la rigidité cadavérique fixe le cadavre dans la position où il est mort.

Mais quand M. Tarbé a été trouvé par la femme de chambre affaissé sur le lit de sa femme, il n'était pas en état de rigidité cadavérique. La mort ne l'avait donc ni catalepsié, ni figé dans l'attitude de tendre une cuvette, comme le pense M. le docteur Lacassagne.

La position du bras de M. Tarbé, au moment de l'entrée de la femme de chambre, n'a donc rien de décisif dans l'espèce.

M. Lacassagne dit que nous n'avons insisté que sur la position de Mme Tarbé, absolument immobilisée depuis le matin et il ajoute : « Cela ne prouve pas que dans l'intervalle, elle n'ait pas changé de position pour reprendre celle qui lui était la plus familière et dans laquelle on a trouvé le corps. »

Evidemment, nous ne pouvons donner une preuve absolue de cette immobilité, mais c'est une probabilité aussi voisine que possible de la certitude.

Nous savons, en effet, que les sujets soumis à l'action de l'oxyde de carbone éprouvent, à une période avancée de l'intoxication, un grand affaissement physique avec perte des forces musculaires, qu'ils ne peuvent marcher ou chancelent comme s'ils étaient ivres, que la sensibilité s'éteint et que la résolution musculaire est assez complète pour qu'ils soient hors d'état de pouvoir changer de place à moins qu'ils n'éprouvent des accidents convulsifs.

Voilà pourquoi Mme Tarbé n'a pas changé de position et pourquoi elle était très certainement hors d'état d'en changer.

Du fait que nous avons conclu qu'il y avait des preuves que Mme Tarbé avait dû commencer à être intoxiquée probablement dès sa mise au lit, M. Lacassagne en tire un argument tout à fait inattendu ; il dit : « L'intoxication de Mme Tarbé s'est donc produite lentement, *de même l'agonie*, puisque l'énoncé de la question posée par l'avoué, M. Poinso, dit « que M. et Mme Tarbé ont trouvé la mort dans la matinée du 14 décembre. »

Nous ne comprenons pas très bien comment l'énoncé de la question posée par M. Poinso peut aider à résoudre un problème aussi compliqué.

Il considère « comme une assertion bien imprudente » l'opinion que nous avons émise en disant : « Si M. Tarbé était resté dans son lit, il est probable qu'il n'aurait pas été incommodé plus dans la matinée que dans la nuit : ce qui le prouve, c'est qu'il a parfaitement digéré son dîner, ce qui

n'aurait pas eu lieu s'il avait respiré les mêmes vapeurs toxiques que sa femme. »

Cette assertion n'est pas imprudente, car elle est basée, non seulement sur des faits nombreux d'observation, mais aussi sur des faits d'expériences.

Il y a une chose certaine, c'est que si M. Tarbé avait absorbé en même temps que sa femme les gaz toxiques provenant de la bouche de chaleur du cabinet de toilette, il n'aurait pu se lever comme il l'a fait pour lui donner des soins qui ont nécessité des allées et venues autour du lit.

Il en aurait été empêché par les troubles bien connus et non contestés que détermine l'intoxication oxycarbonique (tendance au sommeil, affaissement physique, perte des forces musculaires, impossibilité de marcher, etc.).

Ces phénomènes sont communs aux hommes et aux animaux ; beaucoup d'autres le sont également. C'est pourquoi l'étude expérimentale des diverses phases de l'intoxication par l'oxyde de carbone a une autre valeur que la relation d'observations plus ou moins exactes ou d'un fait divers de journal présenté comme ayant toute la portée d'une expérience clinique.

Pourquoi donc M. Tarbé n'a-t-il pas été soumis en même temps que sa femme à l'action du gaz toxique provenant de la bouche de chaleur du cabinet de toilette ?

D'abord parce que son lit était plus éloigné de la porte de communication et ensuite parce qu'il était dans le voisinage d'une mince cloison longée par un couloir, tandis que celui de Mme Tarbé se trouvait près de la porte par où pénétraient les gaz toxiques et dans le voisinage d'un mur épais donnant sur le jardin et percé de trois grandes fenêtres.

Cette disposition des locaux est utile à rappeler pour permettre de comprendre ce qui s'est passé. Ce n'est pas un phénomène étrange. Les gaz toxiques provenant du cabinet de toilette et s'arrêtant au lit de Mme Tarbé ont obéi à des lois physiques bien connues.

Rien n'est plus curieux que d'étudier la diffusion dans une pièce des gaz chauds provenant d'une bouche de chaleur.

Le courant d'air chaud gagne d'abord les parties élevées et retombe plus ou moins vite suivant la rapidité avec laquelle il s'est refroidi au contact des diverses surfaces qui forment les limites de la pièce.

Si ce courant se produit sans interruption, l'atmosphère de

la pièce finit par s'échauffer et les mouvements de l'air chaud sont moins actifs.

Mais si dans cette pièce se trouvent de gros murs et de grandes fenêtres, constituant des surfaces de refroidissement, le courant d'air chaud se refroidit au contact de celles-ci et tend, par suite, à descendre et à s'immobiliser.

Si cet air chaud, au lieu de provenir de la pièce elle-même, provient d'une autre pièce, il arrive dans la seconde déjà notablement refroidi et s'il trouve en entrant dans celle-ci de vastes surfaces de refroidissement, comme les fenêtres et les gros murs voisins du lit de Mme Tarbé, il s'y refroidit complètement et se trouve arrêté dans sa diffusion à travers l'atmosphère de la seconde pièce.

Si cet air chaud contient un gaz toxique comme l'oxyde de carbone et ayant à peu près la même densité que lui, le mélange se trouve soumis aux mêmes lois physiques.

Ce mode de diffusion dans une ou plusieurs pièces de courants d'air chaud avec ou sans gaz toxiques permet de se rendre compte de faits en apparence bizarres, incompréhensibles ou suspects qu'on observe quelquefois : par exemple, quand plusieurs personnes se trouvent dans un même local, exposées aux mêmes causes accidentelles ou volontaires d'intoxication, il peut arriver que toutes ne succombent pas, que quelques-unes n'éprouvent que des accidents légers et que d'autres ne ressentent absolument rien.

Mme Tarbé avait à droite de son lit tous les éléments nécessaires (gros mur et fenêtres donnant sur le jardin) pour arrêter dans son voisinage et retenir autour d'elle l'air chaud toxique provenant du cabinet de toilette. Voilà pourquoi elle a été soumise à l'action des gaz toxiques avant son mari ; c'est pour la même raison que M. Tarbé n'aurait probablement pas été intoxiqué s'il était resté dans son lit, au lieu d'aller dans la zone dangereuse comme il l'a fait en allant s'asseoir à droite du lit de sa femme, entre celui-ci et la fenêtre donnant sur le jardin.

Il est donc physiquement certain qu'il y a dans une pièce où arrive un courant d'air chaud toxique des zones plus dangereuses les unes que les autres : celles-ci se trouvent toujours au voisinage des surfaces (gros murs ou fenêtres) susceptibles de refroidir la température du courant chaud et de l'immobiliser.

L'intoxication de M. et Mme Zola, citée par M. Lacassagne, en est une nouvelle preuve comme nous le dirons plus loin.

En terminant, M. Lacassagne cite deux cas de mort par intoxication par l'oxyde de carbone et les compare aux cas de M. et Mme Tarbé, dans l'un « une demoiselle S..., âgée de 73 ans, est morte lentement. Dans le cœur droit se trouvaient deux énormes caillots d'agonie... »

Dans l'autre, « une religieuse, âgée de 43 ans, présente tous les signes de l'intoxication par l'oxyde de carbone, taches rosées « etc., pas de caillots dans le cœur. Il est établi qu'elle est morte rapidement. M. Lacassagne ne nous dit pas pourquoi Mlle S... est morte lentement et si elle était malade au moment de sa mort.

Il ne nous dit pas non plus pourquoi il est établi que la religieuse qui gardait le corps de Mlle S... est morte rapidement.

Il cite bien une analyse indiquant pour 100 cc. de sang de Mlle S..., 13cc. 8 d'oxyde de carbone ; pour la même quantité de sang de la religieuse, 17cc. 7 du même gaz. Mais cela ne signifie pas que la religieuse soit morte plus rapidement que la demoiselle S... Cela signifie simplement que son sang avait fixé au moment de la mort 17. cc 7 d'oxyde de carbone contre 13cc.8 pour celui de Mlle S... Le coefficient d'empoisonnement étant individuel et variant d'un sujet à un autre, ces deux faits n'ont donc pas la valeur tout à fait démonstrative que leur attribue M. Lacassagne.

Leur rapprochement avec le décès de M. et Mme Tarbé n'est donc pas logique et dans tous les cas n'a pas, comme il veut bien le dire, « autrement d'importance et de résultat que nos expériences « sur les animaux ».

NOS EXPÉRIENCES. — LA MARCHÉ DE LA TEMPÉRATURE PENDANT L'INTOXICATION OXYCARBONIQUE.

Quand M. Lacassagne, dans le chapitre II de son rapport, étudie les résultats de nos expériences sur les animaux, il dit :

« Les expériences de M. Descoust n'ont que la valeur de toutes les expériences qui prétendent ramener à un déterminisme très simple l'infinie complexité de la clinique. On peut y trouver des éléments d'information, telle la marche de la température après la mort ou bien encore des termes de comparaison sur l'intoxication brusque chez l'homme et l'animal ; mais jamais on n'y trouvera une conclusion définitive. »

M. le docteur Lacassagne en niant le déterminisme expérimental, est en désaccord avec Claude Bernard disant avec sa haute autorité : « *Je conclus que les résultats des expériences*

faites sur les animaux au point de vue physiologique, pathologique et thérapeutique sont non seulement applicables à la médecine théorique, mais j'en pense que la médecine pratique ne pourra jamais, sans cette étude comparative sur les animaux, prendre le caractère d'une science. »

Nos expériences ont donc un intérêt plus pratique que théorique et nous estimons qu'elles ont une valeur autrement sérieuse que la mort de M. Zola et la maladie de Mme Zola dont le récit a été emprunté à un journal, *Le Temps*, quelque bien informé qu'il puisse être.

Nous avons une préférence beaucoup plus marquée pour le déterminisme expérimental que pour le déterminisme basé sur des renseignements bibliographiques ou sur un article de journal.

Cet événement ne constitue pas un nouveau cas d'intoxication oxycarbonée ayant toute la portée d'une expérience clinique. Le fait du chien survivant ne prouve nullement que les conclusions tirées de mes expériences ne se vérifient pas toujours.

Si le chien de M. Zola, après avoir vomi et beaucoup vomi, est encore vivant, c'est par la raison très simple qu'il a eu l'instinct de quitter la zone dangereuse en sautant sur le lit. S'il était resté au niveau du plancher, il aurait fait comme son maître, il aurait succombé. Il a, comme Mme Zola, échappé par suite de sa position élevée à l'intoxication mortelle. Nous avons la conviction que Mme Zola n'a pas succombé pour les raisons que nous avons données tout à l'heure relativement au mode de diffusion des courants d'air chaud dans une pièce.

Dans le cas des époux Zola, le refroidissement du courant chaud, provenant de la cheminée située du côté de Mme Zola, s'est opéré du côté de M. Zola voisin d'une fenêtre et d'un gros mur donnant sur une cour.

De plus la température de l'atmosphère de la chambre ayant baissé très probablement dans la nuit par suite du ralentissement du foyer de la cheminée et de l'abaissement nocturne de la température extérieure, le courant d'air chaud s'est refroidi plus rapidement et le gaz toxique qu'il contenait a subi la même influence.

Comme l'oxyde de carbone (1 litre pèse 1 gr. 254) est à peine plus léger que l'air (1 litre pèse 1 gr. 293), il n'a guère eu de tendance à s'en séparer. Le mélange dangereux s'est donc, par suite du refroidissement, localisé au-dessus du plancher de la chambre et c'est dans ce milieu qu'a succombé M. Zola.

Il y avait donc dans la chambre des époux Zola, comme dans celle des époux Tarbé, des zones plus dangereuses que d'autres, et cela pour des raisons physiques de même nature :

Du côté de M. Zola, surfaces de refroidissement formées par une fenêtre et un gros mur donnant sur une cour.

Du côté de Mme Tarbé, mêmes surfaces de refroidissement donnant sur un jardin.

M. Lacassagne, voulant donner une preuve décisive que le système nerveux des animaux, des chiens par exemple, ne réagit pas sous l'action de l'oxyde de carbone comme celui de l'homme, dit :

« S'il y a intoxication légère ou rappel à la vie, l'homme éprouve une série de manifestations : grand malaise, céphalalgie opiniâtre et persistante, douleurs dans les différentes parties du corps, longue convalescence avec complications nerveuses, troubles de l'intelligence (amnésie) seuls ou associés à des paralysies, etc... »

Voilà, certes, dit-il, un appareil symptomatique important que l'on rencontre plus ou moins complet chez les convalescents de l'intoxication oxycarbonée ; il ne se présente rien de semblable chez les chiens profondément intoxiqués et que l'on rappelle à la vie.

N'est-ce pas la preuve évidente, ajoute-t-il, que les tissus de l'homme et de l'animal ne réagissent pas de la même manière sous l'influence de l'oxyde de carbone.

Ce n'est certainement pas une preuve ; d'abord, parce que les phénomènes signalés par M. Lacassagne ne se montrent pas toujours, témoin le rétablissement rapide de Mme Zola, et ensuite parce que les animaux ne savent pas accuser la céphalalgie et les douleurs, etc.

M. Lacassagne dit encore « que nos expériences ne prouvent « rien », parce que nous ne disons pas combien de temps après le repas l'intoxication a commencé et que nous ne nous sommes pas occupé de la température pendant l'intoxication.

Nous avons, dans *une nouvelle série d'expériences*, étudié la température pendant l'intoxication et nous avons pratiqué celle-ci sur des animaux à jeun ou venant de manger.

Nous pouvons dire que cette température baisse toujours et ne s'élève jamais avant la mort.

Pour faire ces expériences, nous avons d'abord pris avec le plus grand soin la température rectale de nos animaux avec un thermomètre profondément enfoncé dans le rectum et comme moyen de contrôle nous avons glissé dans le ventre

par une étroite boutonnière abdominale, un petit thermomètre à maxima spécialement construit pour cet usage et parfaitement gradué.

Nous avons constaté dans cette première série d'expériences que le thermomètre abdominal *n'accusait jamais d'élévation de température* ; au moment de l'autopsie de l'animal, les degrés trouvés étaient exactement ceux qu'il indiquait au moment de sa mise en place. Donc, cette série d'expériences nous a fourni la preuve constante que *l'intoxication par l'oxyde de carbone, lente ou rapide ne produisait jamais d'élévation de température.*

Dans une autre série, nous avons opéré sur des animaux ayant pendant toute la durée de l'intoxication un thermomètre profondément enfoncé dans le rectum.

Pour cela, nous avons fixé le derrière de l'animal contre une des parois de la cage d'expérimentation et par un orifice percé au niveau de l'anus et fermé par un bouchon de caoutchouc troué nous avons introduit un thermomètre profondément dans le rectum. Après avoir constaté l'élévation maximum du thermomètre, nous avons commencé l'expérience.

Dans une atmosphère contenant 500 cent. cubes d'oxyde de carbone pur pour 100 litres d'air, la température initiale de l'animal tombe de 8 dixièmes dans les six premières minutes de 3 dixièmes dans les dix suivantes et ensuite toutes les dix minutes de 2 à 4 dixièmes.

Dans une atmosphère contenant 4 litres d'oxyde de carbone pour 100 litres, la température initiale de l'animal tombe en dix minutes de 5 dixièmes, en dix autres minutes de 6 nouveaux dixièmes et ainsi de suite de 2 à 3 dixièmes jusqu'à la mort.

La mort survient généralement quand la température s'est abaissée de deux degrés et demi à trois degrés ou plus.

Dans le cas d'intoxication extrêmement rapide sur deux animaux (en 13 et 15 minutes) dans une atmosphère contenant 6 pour 100 d'oxyde de carbone, ceux-ci ont succombé avec une température de 2 ou 3 dixièmes seulement au-dessous de la température initiale. Après la mort, la marche de la température dans toutes nos expériences a suivi la courbe régulièrement décroissante que nous avons déjà indiquée dans notre précédent rapport.

Donc, dans l'intoxication par l'oxyde de carbone, *il y a toujours abaissement de la température.*

L'état de plénitude ou de vacuité de l'estomac des animaux

n'a aucune influence sur la marche de la température centrale pendant l'intoxication par l'oxyde de carbone.

Mais l'intoxication par l'oxyde de carbone a une influence très marquée sur le contenu de l'estomac. Quand il y a intoxication très rapide, il ne se produit pas de vomissements ; quand l'intoxication se fait progressivement, les aliments restent dans l'estomac sans se modifier et ils en sont expulsés tels quels vers la fin de l'intoxication. C'est sans doute pourquoi on a observé parfois des cas de mort avec des estomacs remplis d'aliments.

Nous ferons remarquer que les résultats de nos expériences sur la marche de la température pendant l'intoxication sont encore d'accord avec les observations faites par Claude Bernard.

NOTRE OPINION SUR LES VOMISSEMENTS ET LES CAILLOTS CARDIAQUES. — RÉPONSE A DIVERSES OBJECTIONS DE M. LACASSAGNE.

Dans le chapitre III, où M. Lacassagne parle des vomissements, de la température des cadavres et des caillots dans le cœur d'après les observations cliniques et les constatations faites aux autopsies, il dit : « Les nombreuses observations d'intoxication par l'oxyde de carbone chez l'homme que l'on trouve dans les publications scientifiques nous ont montré que, contrairement à ce qui se serait passé chez les chiens mis en expérience par M. Descoust, les vomissements peuvent se produire à toutes les périodes de l'intoxication. Ces vomissements ne sont pas constants, et très souvent à l'autopsie on signale la plénitude de l'estomac avec une grande quantité d'aliments dont la digestion était à peine commencée. »

Nous ferons remarquer qu'il est bien incertain en pareil cas de se baser sur les observations trouvées dans les publications scientifiques. Ces observations sont presque toujours muettes sur le plus ou moins de rapidité de l'intoxication.

Pas un des observateurs n'a cherché à préciser les conditions dans lesquelles la mort s'était produite. A notre avis, tous les cas de mort avec plénitude de l'estomac sont des cas où la mort est survenue très rapidement ; ceux au contraire où l'estomac a rejeté des matières alimentaires sont des cas d'intoxication progressive.

Si l'on prend deux animaux ayant mangé à la même heure les mêmes aliments et qu'on les intoxique l'un lentement,

l'autre rapidement, le premier vomit vers la fin de l'intoxication ses aliments non digérés et le second meurt sans vomir, mais avec des nausées manifestes.

Si on fait manger deux animaux à la même heure et que l'on soumette l'un d'eux à une intoxication très lente par l'oxyde de carbone, la digestion s'arrête chez celui-ci et vers la fin de l'intoxication, il vomit les aliments tels qu'il les avait ingérés.

Si on soumet le second deux ou trois heures après le repas, alors que la digestion est supposée terminée, à une intoxication plus ou moins rapide, il n'a plus que des nausées ou des vomissements avec expulsion de matières glaireuses. Mais les nausées ou les vomissements alimentaires ou glaireux se montrent toujours à une époque avancée de l'intoxication.

Ce n'est qu'après avoir minutieusement étudié par des expériences nombreuses et variées ces divers cas qu'on peut arriver à se faire une idée de ce qui peut se passer dans une intoxication par l'oxyde de carbone.

Dans l'étude de cette question des vomissements, il n'y a donc pas à faire état des observations qui ont été publiées, car elles enregistrent la vacuité ou la plénitude de l'estomac, l'absence ou la présence de vomissements, mais elles ne cherchent pas à établir pourquoi certains intoxiqués vomissent, pourquoi certains autres ne vomissent pas et n'ont que des nausées suivies de l'expulsion de glaires.

Les citations, empruntées par M. Lacassagne à certains auteurs, qui ont décrit l'intoxication par l'oxyde de carbone n'ont qu'une importance très minime, car ceux-ci se bornent à décrire un ensemble de phénomènes et les groupent sans en tirer aucune conséquence. A notre avis, il est donc possible de trouver dans le fait que Mme Tarbé a vomi avant huit heures et demie du matin la preuve d'une intoxication très avancée, très proche de la mort.

Nous avons relu avec le plus grand soin la déposition de la femme de chambre et nous n'avons pas vu que la seconde cuvette trouvée à onze heures et demie dans la main de M. Tarbé était disposée de telle façon que Mme Tarbé avait pu seule s'en servir.

Nous avons également relu la déposition de l'étudiant en médecine disant : « J'ai vu la cuvette dans laquelle on m'a dit que Mme Tarbé des Sablons avait rendu ; j'ai examiné son contenu ; il m'a paru de même nature que les vomissements remarqués sur l'oreiller de cette dame, c'est-à-dire un

liquide légèrement coloré de bile et dans lequel flottaient des débris noirâtres. » — Nous ne trouvons pas dans cette déposition la certitude que le contenu de la cuvette provenait de l'estomac de Mme Tarbé. M. Lacassagne ne fournit donc pas la preuve que les applications de nos résultats expérimentaux sur les animaux, au cas de M. et Mme Tarbé, sont erronées.

En parlant des déductions que nous avons tirées de la température différente des cadavres de M. et Mme Tarbé au moment où les premiers témoins ont constaté la mort. M. Lacassagne, après avoir constaté que nos observations sur la marche de la température après la mort sont d'accord avec celles faites par Claude Bernard, dit que « nous n'avons pas tenu compte dans notre raisonnement d'une série de circonstances et de faits qui permettent de supposer que les deux cadavres n'ont pas dû se refroidir dans des conditions identiques.

« Des variations thermiques, dit-il, pendant l'intoxication oxycarbonée ont été notées par les observateurs ainsi que le prouvent les citations suivantes ».

Ces citations établissent, nettement, dit-il encore, « qu'avant la mort la température peut, chez l'homme, s'élever jusqu'à 40 degrés, fait dont M. Descoust ne paraît pas avoir tenu compte puisqu'il n'apprécie la température que sur les cadavres d'animaux ».

Il fait une citation de Claude Bernard qui ne s'applique nullement au cas de M. et Mme Tarbé des Sablons. Dans le cas cité, il s'agit du retour de la température à l'état normal pendant l'élimination de l'oxyde de carbone. Cela veut dire que si un animal ou un homme intoxiqué revient à la vie, sa chaleur centrale, abaissée pendant l'intoxication, remonte progressivement à l'état normal à mesure que le gaz toxique s'élimine.

Les observations cliniques citées par M. Lacassagne, et qui ont montré que la température centrale des intoxiqués par l'oxyde de carbone s'élevait notablement, ne sont pas exactes. D'accord avec Claude Bernard, nous pouvons dire que le fait n'est pas vrai. Les auteurs qui ont cité des cas dans lesquels cette température a atteint 40 degrés ont commis une erreur de diagnostic. Claude Bernard, dans sa belle étude sur l'oxyde de carbone, a démontré expérimentalement que seule l'asphyxie par privation d'air ou par l'acide carbonique entraîne une élévation passagère de la température animale.

L'asphyxié de M. Lancereaux, cité par M. Lacassagne, devait avoir un état morbide autre que celui causé par une asphyxie par l'oxyde de carbone.

L'observation de la thèse de Sach n'est pas comparable dans l'espèce, puisqu'il s'agit d'une température observée chez un homme du troisième au septième jour après l'intoxication.

Il en est de même de celles de Frérichs et de Gwauck.

Nous pouvons affirmer, contrairement à l'avis de Sach, que les intoxiqués par l'oxyde de carbone ne conservent pas longtemps leur chaleur.

Cela résulte de nos observations et de celles de Claude Bernard.

Il n'y a élévation de température que dans les cas d'asphyxie par privation d'air ou par l'acide carbonique.

Les expériences de Mosso sur lui-même et sur les animaux et les autres, citées par M. Lacassagne, ne sont pas applicables dans l'espèce.

D'accord avec Claude Bernard, nous affirmons que le caractère important de l'asphyxie par l'oxyde de carbone *c'est la mort avec abaissement progressif de la température.*

Nous avons acquis cette certitude absolue par les expériences que nous avons faites et pendant lesquelles nous avons pris la température toutes les dix minutes pendant la durée de l'asphyxie et cela jusqu'à la mort — que la mort soit survenue rapidement ou lentement, il y a toujours eu abaissement de la température centrale.

Il résulte de ce que nous venons de dire que la température centrale de M. Tarbé au moment de sa mort, loin d'être plus élevée qu'à l'état normal, devait au contraire lui être inférieure de plusieurs degrés en admettant qu'il ait mis deux ou trois heures à mourir.

S'il a mis ce temps, sa température centrale devait être, au moment de sa mort, de 35 à 34 degrés et sa chaleur périphérique de 27 ou 28 degrés.

Dans les expériences que nous avons faites, il nous a paru y avoir d'une façon assez régulière, une différence thermométrique de 5 à 6 degrés entre la chaleur centrale et la chaleur périphérique qui suivent toutes les deux une marche parallèlement descendante.

Dans le cas particulier de M. et Mme Tarbé, il n'est pas douteux que Mme Tarbé a été intoxiquée la première ; elle devait dans ce cas physiologiquement mourir la première

parce qu'elle était de plus petite taille et moins lourde. Nous avons dit dans notre premier rapport que la résistance des animaux à l'intoxication, pour ceux de même espèce, paraît toujours proportionnelle à leur taille et à leur poids. Dans le cas des époux Tarbé, à quelques mois près du même âge, le mari mesurait 1 m. 75 à 1 m. 77 et pesait de 95 à 100 kilogrammes, tandis que la femme mesurait seulement 1 m. 58 à 1 m. 60 et ne pesait que 60 à 65 kilogrammes.

Dans les expériences que nous avons faites en introduisant dans la cage d'expérience un second animal après l'apparition des premiers symptômes d'intoxication chez le premier, dans la majorité des cas et à poids égal de chaque animal, c'est le premier soumis à l'intoxication qui succombe le premier, à moins de raréfaction ou d'absorption complète de l'oxygène au moment de l'introduction du second.

En résumé, les constatations que nous avons faites dans nos expériences sont parfaitement applicables au cas qui nous occupe et ont plus de valeur que les renseignements fournis par la clinique et l'observation. En tout cas, elles sont contrôlables ; nous estimons donc que ces expériences physiologiques peuvent être opposées avec avantage aux faits non contrôlables, cités par M. le docteur Lacassagne dans son dernier travail.

Nous arrivons maintenant aux objections formulées par M. Lacassagne relativement à ce que nous avons dit, dans notre premier rapport, de la valeur des caillots au point de vue du diagnostic, du plus ou moins de rapidité de la mort.

Nous avons dit qu'il résultait de nos observations expérimentales qu'il était impossible de tirer une conclusion précise de leur absence, de leur volume ou de leur consistance.

La première objection de M. Lacassagne est que nos constatations manquent de précision. — Il dit que nous avons oublié de spécifier la nature des caillots trouvés à l'autopsie des animaux mis en expériences. — On sait, dit-il, « qu'on peut trouver dans le cœur et les vaisseaux deux sortes de caillots : les caillots cruriques et ceux d'agonie. »

Pour que les expériences de M. Descoust. dit-il, sur les animaux et le chien en particulier, aient une valeur démonstrative, il faudrait, outre les conditions dont nous venons de parler, que la nature des caillots trouvés à l'autopsie eût été spécialement indiquée.

Nous allons répondre immédiatement à cette objection :

chez les chiens et les lapins, nous avons trouvé tantôt des caillots cruoriques, tantôt des caillots fibrino-cruoriques, tantôt du sang simplement visqueux à l'état de gelée de groseille.

Souvent les caillots étaient fibrino-cruoriques chez des animaux morts rapidement (de 1 heure à 2 heures), tantôt simplement cruorique chez d'autres morts en 3 ou 4 heures, tantôt le sang avait la consistance de gelée de groseille chez des animaux morts très lentement (6 à 8 heures).

De plus, quelque lente ou rapide que soit la mort, on ne trouve pas de caillots dans les cavités du cœur ; si on ouvre l'animal aussitôt après celle-ci on rencontre le sang seulement plus ou moins visqueux et qui se coagule plus ou moins vite.

Comme nous l'avons déjà dit dans notre précédent rapport, il y a un certain nombre de facteurs physiologiques ou pathologiques que nous ne connaissons pas encore et qui doivent intervenir dans chaque cas pour faciliter ou empêcher la formation des caillots dans les cavités du cœur.

En terminant cette discussion je pourrai citer un fait tout à fait récent, c'est celui d'un individu venu se coucher au-dessus d'un four à plâtre et trouvé mort deux ou trois heures après, nous l'avons autopsié au cours de la Morgue et nous avons trouvé dans les cavités du cœur un caillot presque complètement fibrineux pesant exactement avec ses prolongements dans les vaisseaux 250 grammes. J'avoue n'en avoir jamais vu d'aussi gros, on ne peut pourtant pas classer la mort de cet individu parmi les cas de mort lente.

Les observations et expertises citées par M. Lacassagne n'apportent dans la discussion aucun élément nouveau qui puisse éclairer la question des caillots comme moyen de diagnostic du plus ou moins de rapidité de la mort.

Nous conservons donc la conviction que nous avons déjà formulée dans notre premier rapport. C'est-à dire que « avoir ou n'avoir pas de caillots dans les cavités du cœur ne veut pas toujours dire d'une façon absolue « mort lente ou mort rapide. »

NOTRE AVIS SUR L'INTOXICATION DE M. ET MME ZOLA, PRÉSENTÉE PAR M. LACASSAGNE, COMME AYANT TOUTE LA PORTÉE D'UNE EXPÉRIENCE CLINIQUE.

A la suite de cette longue discussion, M. Lacassagne cite l'intoxication de M. et Mme Zola, et la présente « comme un nou-

veau cas d'intoxication oxycarbonée ayant toute la portée d'une expérience clinique avec le témoignage d'un des survivants ».

Et il emprunte cette expérience clinique à un article de reportage d'un journal du soir ! — après avoir raconté ce qui s'est passé, il fait suivre son récit de renseignements « certains », dit-il, qui lui ont été communiqués par un ami de M. et Mme Zola.

Cet ami, après lui avoir donné des renseignements sur les faits et gestes de M. et Mme Zola pendant la nuit et les actes du chien qui couchait dans leur chambre, répond à des questions posées :

« Le visage de Zola, lorsqu'on a pénétré dans la chambre, était très pâle, non violacé, avec de larges plaques rosées sur le cou et les oreilles. Cette coloration a persisté jusqu'à l'autopsie.

« Le corps était encore chaud à 9 heures du matin, mais le refroidissement avait incontestablement commencé. En tout cas, à midi, il était froid.

A l'autopsie, on a trouvé l'estomac contenant une grande quantité d'un liquide indiquant une digestion presque terminée. Les parois de l'estomac étaient remarquables par une coloration rose intense et par plaques, surtout au niveau de la grande courbure.

« Zola a eu des vomissements abondants. On ne sait à quelle heure ils se sont produits (on l'a trouvé au milieu de ses déjections).

« Pour le cœur, les cavités étaient vides, *sans caillots*, avec un peu de sang fluide et rutilant. »

Nous ferons remarquer de suite que les renseignements fournis par l'ami de la famille Zola à M. Lacassagne ne sont pas exacts en ce qui concerne l'état du cœur.

En voici la preuve :

Le lendemain de l'autopsie, nous avons demandé à l'un des deux médecins qui l'ont pratiquée des renseignements sur l'état du cœur. Il nous a été répondu textuellement ce qui suit :

« Il y avait dans le cœur pas mal de sang liquide et quelques *caillots cruoriques*, mous, mais pas du tout de caillots fibreux ».

Si M. le docteur Lacassagne trouve que cet ensemble de renseignements dont le principal (état du cœur), se trouve inexact, est assez caractéristique pour lui permettre d'affirmer

que Zola est mort vite, comme M. Tarbé, en présentant les mêmes signes extérieurs et profonds d'une intoxication oxy-carbonée *suraiguë*, — il faut reconnaître que c'est avoir le déterminisme facile.

Nous préférons, sans aucun doute, un déterminisme basé sur des expériences faites avec le plus grand soin à un déterminisme reposant sur de vieilles observations incontrôlables, sur des articles de reportage d'un journal et sur les déclarations inexactes d'un témoin n'ayant rien vu et par suite, forcément mal renseigné.

RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS.

En terminant cette nouvelle étude expérimentale sur les conditions les plus probables de survie de l'un ou l'autre des époux Tarbé, nous dirons :

Il n'y a pas de preuve scientifique absolue du prédécès de Mme Tarbé. Mais il n'existe pas, comme le dit M. Lacassagne, de présomptions médicales précises et concordantes du prédécès de M. Tarbé.

Tout au contraire, les témoignages de la femme de chambre, du domestique, du pharmacien et de l'étudiant en médecine et enfin les premières et les secondes expériences que nous avons faites, constituent un ensemble de preuves assez précises et assez concordantes pour nous autoriser à dire de nouveau, sans besoin d'invoquer la présomption légale, que M. Tarbé est mort après Mme Tarbé.

M. le PRÉSIDENT remercie M. le Dr Descoust d'avoir bien voulu donner à la Société communication de son très important rapport, qui mérite en tous points d'être précieusement conservé dans nos archives ; l'insertion en sera faite au *Bulletin* de la Société.

La suite de la discussion du rapport de M. le Dr Chassevant sera continuée dans la prochaine séance.

La séance est levée à 5 h. 45.

Le Secrétaire,
M. BRIAND.

TABLE DES MATIÈRES

ANNÉE 1904. — 2^e SÉRIE. — TOME I.

A

Accidents du travail :

- La hernie et les accidents du travail ; communication de M. le Dr JABLONSKI (Poitiers), membre correspondant de la Société ; — observations de MM. P. Brouardel, Masbrenier, Floquet ; — nomination d'une commission..... 56 à 58
- La hernie et les accidents du travail ; quelques notes de jurisprudence, par M. Ch. CONSTANT..... 20 à 28
- Voir : *Bibliographie*.

Accouchement spontané. — Voir : *Bibliographie*.

Aliénation mentale :

- De l'aliénation mentale comme cause de divorce ; communication de M. LUTAUD ; — observations présentées par divers membres de la Société ; — nomination d'une commission 41 à 52

Aliénés :

- Des aliénés délirants processifs ; étude de MM. BRIAND et TISSOT..... 121 à 136

Automatisme ambulateur. — Voir : *Bibliographie*.

B

Bibliographie médico-légale :

- Accidents du travail ; médecine légale, jurisprudence, par MM. G. Ollive et H. Le Meignan ; ouvrage présenté à la Société par M. le président Benoit..... 252
- Accidents du travail (la loi sur les —) et le secret professionnel..... 248
- Accouchement (l'—) spontané rapide au point de vue obstétrical et médico-légal..... 183
- Archives d'anthropologie criminelle..... 161
- Auto-accusateurs (les) alcooliques..... 180
- Automatisme (de l') ambulateur ; son importance au point de vue médico-légal..... 202
- Contribution à l'étude du thymus..... 182
- Contribution à l'étude de la loi sanitaire de 1902..... 181
- Coups de couteau à la poitrine et à l'aîne ; ouverture de la veine fémorale, mort..... 202
- Coups de couteau et coups de pied ; empreintes de talons cloués..... 202

— Des différents procédés pour la recherche de l'origine du sang.....	181
— Défiguration (la —).....	196
— Docimasic (de la —) hépatique.....	199
— Egorgement (un cas d').....	202
† Empoisonnements (les —) criminels au XVI ^e siècle ...	196
— Erostratisme (de l') ou vanité criminelle.....	182
— Essai d'étude comparative de l'homme droit et de l'homme gauche.....	248
— Evolution du mariage et consanguinité.....	199
— Expertise (l'—) médico-légale dans les cas de mort due à l'oxyde de carbone.....	197
— Exercice (l'—) illégal de la médecine et le charlatanisme médical.....	197
— Hystérie (de l') traumatique et de la simulation.....	180
— La loi Roussel, ses résultats, ses améliorations.....	180
— L'œil et la vision chez les criminels.....	181
— Médecin (le) son rôle social.....	202
— Médecins (les) et la mutualité.....	202
— Mort subite (de la) dans l'aortite aiguë au point de vue médico-légal.....	198
— Mort subite (de la) dans les affections des centres nerveux.....	198
— Nécessité de la création d'un Institut médico-légal....	180
— Plaies de l'anus par arme à feu ; crime ou suicide....	202
— Psychopathies (des) consécutives aux brûlures.....	200
— Questions de survie ; de la valeur légale et scientifique des présomptions.....	181
— Uréthrites (les) chez les petits garçons.....	248
— <i>Traité de pathologie mentale</i> de M. le docteur Gilbert-Ballet ; Analyse par M. CHRISTIAN.....	14
— <i>De la rédaction des feuilles d'ordonnances</i> : Communication de M. GRANJUX d'une brochure de M. le docteur Désesquelles.....	32
— <i>Le rôle de la photographie en médecine légale</i> : Compte rendu par M. CHRISTIAN d'une brochure du professeur Strasmann (de Berlin).....	39
— <i>Etude médico-légale sur les traumatismes de l'œil et de ses annexes</i> , de M. le professeur Baudry (Lille) ; renvoi à l'examen de M. DEHENNE.....	53
— Notes et observations de médecine légale. par M. le docteur SENTEX (de Saint-Sever), membre correspondant de la Société.....	70
— Homicide (de l') conjugal.....	183
— Viabilité (la) en médecine légale.....	184
— Le poids et l'aptitude physique militaire.....	184
— Manuel pratique d'instruction judiciaire.....	161

Bibliothèque de la Société :

— Résolution de la commission chargée de son organisation	160
---	-----

Bulletin de la Société :

— Résolutions du Comité de publication.....	160
---	-----

Bureau de la Société :

— Sa composition et son installation.....	1 et	7
— Discours de M. le docteur Motet, en prenant place au fauteuil de la présidence.....		7
— Allocution de M. Charles Constant, en prenant place au Bureau, en qualité de secrétaire général.....		9

C**Commissions diverses de la Société :**

— Composition pour l'année 1904 de la Commission permanente, du Conseil de famille et du Comité de publication — Election des membres de ces trois commissions pour l'année 1905.....	1 et	254
— Commission chargée, pendant l'année 1904 de l'examen des candidats au titre de <i>membre correspondant de la Société</i>		31
— Commission chargée d'étudier la question de l'intervention chirurgicale chez les aliénés.....		19
— Commission chargée d'étudier une question de survie (affaire Tarbé des Sablons) à la suite d'une intoxication par l'oxyde de carbone.....		19
— Commission chargée d'étudier la question de l'aliénation mentale comme cause de divorce.....		52
— Commission chargée d'étudier la question des réclames médico-pharmaceutiques		38

Cheveux :

— Cheveux noirs et cheveux roux ; observations médico-légales présentées par M. PERRIN DE LA TOUCHE (Rennes), membre correspondant de la Société.....		65
---	--	----

Congélation avec survie :

— Note de M. le docteur DIDIER (Rouen), membre correspondant de la Société, sur plusieurs cas de congélation avec survie.....		186
---	--	-----

Congrès :

— Congrès international de médecine, au mois d'avril 1906 à Lisbonne (Portugal) ; délégation de MM. Wallon et Constant au Comité français d'organisation..	142 et	161
— Pour la répression de l'exercice illégal de la Médecine, au mois de mai 1905 à Paris. — Délégation de M. Leredu.....		75

Correspondants nationaux de la Société :

— Vacances déclarées dans plusieurs ressorts de cours d'appel par suite de décès.....	17, 30 et	252
— Rapport sur diverses candidatures.....	54, 143,	203
— Election de MM. Guilhem (Toulouse), Dresch (Foix), Didier (Rouen), Lagrange (Chalon-sur-Saône), Quioç (Dijon), Pujos, (Auch), Miran (Lectoure).....		76
— Election de MM. Baudran (Beauvais) et Pignat de Bellard (Honduras).....		162
— Election de M. P. Parisot (Nancy).....		252

D

Défiguration. — Voir : *Bibliographie*.

Divorcé (Cause de) — Voir : *Aliénation mentale*.

Docimasie hépatique. — Voir : *Bibliographie*.

E

Elections diverses :

- *Comité de publication* : M. Floquet en remplacement de M. Ladret de la Charrière, décédé 10
- Voir : *Commissions de la Société, Membres correspondants*.

Erostratisme. — Voir : *Bibliographie*.

Experts. — Voir : *Médecins experts*.

Expertise criminelle :

- Présence nécessaire du médecin qui a fait antérieurement l'autopsie du cadavre ; appréciation souveraine du juge d'instruction..... 54

Expertise médico-légale. — Voir : *Bibliographie*.

F

Feuilles d'ordonnance (rédaction des). — Voir : *Bibliographie*.

H

Hernie. — Voir : *Accidents du travail*.

Hystérie traumatique. — Voir : *Bibliographie*.

I

Intoxication :

- Intoxication accidentelle par l'oxyde de carbone ; inculpation de mauvais traitements envers un enfant ; rapport médico-légal de MM. L. Garnier et P. Parisot (de Nancy).....188, 19

Inhibition laryngée :

- De la mort par inhibition laryngée ; communication de M. le professeur BROUARDEL et observations à ce sujet de MM. Briand et Chassevant.....77, 114
- Un cas de mort probable par inhibition laryngée ; inculpation de meurtre par strangulation à la main ; communication de M. le Dr THOINOT.....171, 175

J

Jurisprudence médico-légale :

- Accidents du travail, maladies professionnelles, affections pathologiques accidentelles ; arrêt de cassation du 3 novembre 1903..... 15

L

Langue :

- Arrachement total de la langue pratiquée par une femme sur elle-même ; guérison et conservation de la parole ; communication de M. le professeur BROUARDEL avec aquarelle à l'appui..... 65

- Observation de M. le Dr GRANJUX, à propos de la communication de M. P. Brouardel, sur le suicide par auto-section linguale en Indo-Chine, d'après un mémoire de M. le médecin-major Talbot..... 73

M

Mérites. — Voir : *Bibliographie*.

Médecins assermentés :

- Communication de M. LEFUEL, avec commentaire d'un avis du Conseil d'Etat en date du 29 novembre 1879 ; observation de M. Masbrenier à propos de cet avis..... 33

Médecins experts :

- Une nouvelle conception de la responsabilité des experts ; communication de M. GRANJUX, à propos de la discussion du nouveau projet de loi sur le service militaire ; observations de M. Brouardel et vote de résolution..... 168
- Voir : *Réquisition*.

Membres correspondants de la Société. — Voir : *Correspondants nationaux*.

Membres honoraires de la Société :

- Election de M. le Dr Mégnin..... 252

Meurtre :

- Un cas de meurtre à l'aide de 49 coups de couteau ; rapport médico-légal de M. le Dr DUFOUR (Marseille) membre correspondant de la Société..... 71

N

Nécrologie :

- M. le Dr Chauveau, un des fondateurs de la Société médico-légale de New-York, membre correspondant de la Société de médecine légale de France..... 29
- M. Gilles de la Tourette, membre titulaire de la Société ; notice de M. le Dr Motet..... 137
- M. Lefuel, membre titulaire de la Société ; notice de M. le Dr Motet et note de M. Benoît..... 249

O

Œdème :

- Œdème dur traumatique de la jambe, survenu à la suite d'un traumatisme léger sans lésion osseuse ou articulaire ; communication de M. le professeur BROUARDEL et de M. le professeur RAYMOND..... 159
- Œdème dur traumatique de la main ; article de M. Romme dans la *Presse médicale*..... 155

Oxyde de carbone. — Voir : *Intoxication, Survie*.

P

Pathologie mentale (traité de). — Voir : *Bibliographie*.

Photographie en médecine légale (du rôle de la). — Voir : *Bibliographie*.

Psychopathies. — Voir : *Bibliographie*.

R**Réclames médico-pharmaceutiques :**

- Communication de M. G. ROCHER à propos des réclames médico-pharmaceutiques ; — observations présentées par divers membres de la Société ; — nomination d'une commission..... 35
- Rapport de M. P. LEREDU, au nom de la commission chargée d'étudier la proposition de M. G. Rocher et observations de MM. Demange et Rocher..... 115
- Discussion du rapport de M. G. Leredu ; observations de MM. Jacomy, Brouardel, Granjux, Rocher..... 143
- Rapport supplémentaire de M. G. Leredu et suite de la discussion de la question des réclames médico-pharmaceutiques : MM. Jacomy, Rocher, Brouardel, Demange et Laugier..... 162
- Résolutions de la Société..... 167

Réquisition des médecins :

- De la réquisition des médecins par les brigadiers de gendarmerie ou gendarmes—Rapport de M. LEFUEL au nom de la commission chargée d'étudier cette question 10

Règlement intérieur de la Société :

- Modification à l'article 41 ; nomination d'une commission ; rapport ; modification votée..... 13 32

S**Séances mensuelles de la Société :**

11 janvier 1904.....	7
8 février —	17
14 mars —	29
11 avril —	33
9 mai —	73
13 juin —	137
4 juillet —	161
13 novembre —	201
11 décembre —	249

Secret professionnel des médecins :

- Etendue de l'obligation ; faits auxquels elle s'applique ; note de jurisprudence à propos d'une décision récente 176

Survie. — (Question de) :

- Une question de survie à la suite d'une asphyxie par l'oxyde de carbone (affaire Tarbé des Sablons) ; rapport de M. le docteur CHASSEVANT, au nom d'une commission chargée d'examiner cette question... 203, 219
- Rapport médico-légal de MM. le professeur BROUARDEL et OGIER dans l'affaire Tarbé des Sablons..... 220, 247
- Rapport médico-légal de M. DESCOUT dans l'affaire Tarbé des Sablons et sa réponse aux critiques présentées par M. Lacassagne (de Lyon)..... 252

T

Traumatismes. — Voir : *Bibliographie, Œdème, Œil.*

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ
DE
MÉDECINE LÉGALE
DE FRANCE

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ
DE
MÉDECINE LÉGALE
DE FRANCE

Fondée le 10 Février 1868

RECONNUE COMME ÉTABLISSEMENT D'UTILITÉ PUBLIQUE
PAR DÉCRET DU 22 JANVIER 1874

37^e année. — 2^e série. — Tome II.



PARIS

A. MALOINE

LIBRAIRE-ÉDITEUR

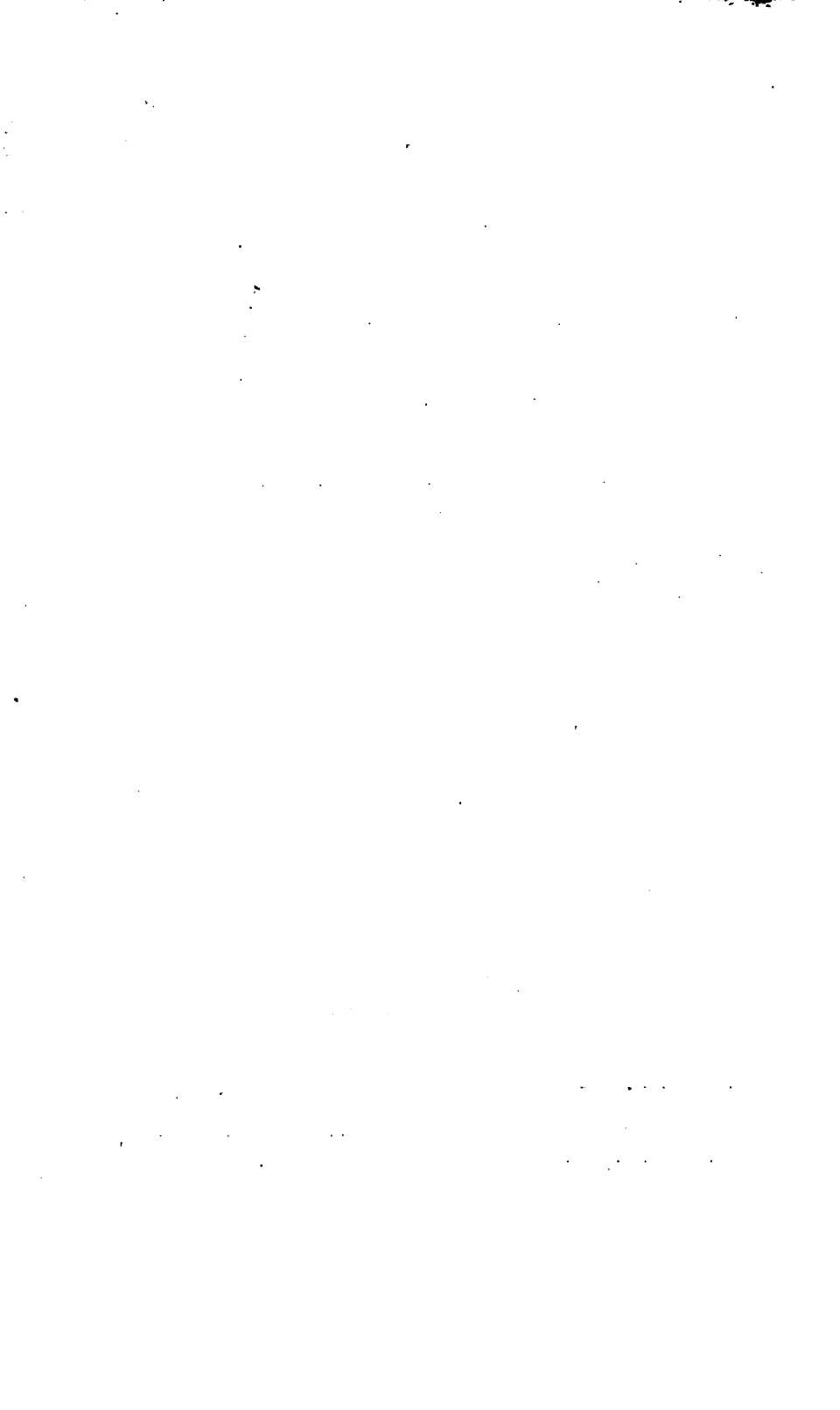
25, rue de l'Ecole-de-Médecine, 27

MARCHAL-BILLARD

LIBRAIRE DE LA COUR DE CASSATION

27, Place Dauphine, 27

1905



STATUTS

DE LA

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE

TITRE PREMIER

But et constitution de la Société.

ARTICLE PREMIER. — La *Société de médecine légale*, fondée à Paris le 10 février 1868, a pour objet de faire progresser la science et de prêter un concours désintéressé dans toutes les circonstances où elle peut être consultée, dans l'intérêt de la justice (1).

ART. 2. — La Société se compose de Membres titulaires, de Membres honoraires et de Membres correspondants, nationaux ou étrangers.

ART. 3. — Les Membres titulaires sont choisis parmi les personnes qui cultivent une branche quelconque des sciences médicales et parmi celles qui s'occupent de droit et de jurisprudence.

ART. 4. — Le nombre des Membres titulaires est fixé à soixante(2). Dans le nombre total, les Magistrats ou les avocats figureront pour un quart.

TITRE II

Conditions d'admission.

ART. 5. — Tout candidat au titre de *Membre titulaire* doit adresser à la Société une demande écrite et la faire appuyer par deux membres.

Il est fait un rapport sur la demande, par une commission de trois membres (3).

ART. 6. — Toute élection ne pourra avoir lieu que dans la séance qui suivra le rapport sur la candidature.

Pour cette séance, le nom du candidat sera porté à l'ordre du jour avec l'indication du titre qu'il demande.

ART. 7. — Toute élection a lieu au scrutin secret et à la majorité absolue des membres présents.

ART. 8. — Peuvent devenir *Membres honoraires* :

1° Les Fondateurs qui en feront la demande, après la première année d'existence de la Société ;

(1) La Société ne saurait accepter la mission de désigner un de ses membres comme *expert* dans une affaire spéciale, alors même que cette désignation lui serait demandée par la justice. (Délibération du 10 février 1873 ; Bulletin III, 154.)

(2) A plusieurs reprises, l'augmentation du nombre des *membres titulaires* de la Société a été proposée ; mais ces propositions ont toujours été retirées par leurs auteurs, ou repoussées. (Voir notamment les séances des 9 novembre 1868, 6 janvier et 14 juin 1869 ; Bulletin I, 414, 417 et 431.)

(3) Ce rapport n'est publié dans le Bulletin de la Société qu'autant que celle-ci en a *expressément* ordonné l'impression. (Délibération du 14 janvier 1901, Bulletin XVII, p. 16.)

2° Les membres titulaires qui en feront la demande, après cinq années de participation à ses travaux ;

3° Les personnes qui auront prêté leur concours et leur appui à la Société, ou qui auront contribué, de quelque manière que ce soit, à sa prospérité.

Le nombre des membres honoraires de cette dernière catégorie ne devra pas dépasser douze.

ART. 9. — Les *Membres correspondants* sont choisis parmi les personnes qui réunissent les conditions d'admission des membres titulaires.

Leur élection aura lieu dans les formes prescrites pour l'élection des membres titulaires.

Le nombre des *correspondants nationaux* ne devra pas dépasser cent ; sept au plus pour chaque ressort de cour d'appel (1).

Le nombre des *correspondants étrangers* n'est pas limité.

TITRE III

Administration de la Société

ART. 10. — La Société est administrée par un Bureau, qui la représente officiellement.

ART. 11. — Le Bureau se compose de : Un Président, — Deux Vice-Présidents, — Un Secrétaire général, — Deux Secrétaires des séances, — Un Trésorier, — Un Archiviste.

ART. 12. — Le Président est élu pour deux ans. Il n'est rééligible qu'un an au moins après avoir cessé ses fonctions.

Les Vice-Présidents et les Secrétaires des séances sont élus pour un an ;

Le Secrétaire général, le Trésorier et l'Archiviste sont élus pour trois ans ; ils sont immédiatement rééligibles.

ART. 13. — La Société se réunit en séance au moins une fois par mois sauf pendant la durée des vacances (2).

Elle peut avoir des séances extraordinaires.

ART. 14. — Les Membres honoraires et les Membres correspondants peuvent prendre part aux discussions ;

Les Membres titulaires et les Membres honoraires ont seuls voix délibérative.

ART. 15. — La Société peut recevoir de communications de personnes étrangères. Ces communications doivent être manuscrites. Le sujet et les conclusions du travail doivent être soumis, au préalable, au Bureau de la Société. Après la lecture, le travail est renvoyé à l'examen d'une commission pour en faire l'objet d'un rapport, s'il y a lieu.

(1) Une proposition concernant l'augmentation du nombre des *membres correspondants* et la réglementation de l'honorariat a été repoussée (séances des 10 décembre 1888, 19 janvier et 11 février 1889 ; Bulletin X, 247 et XI, 21).

(2) Il est d'usage de ne pas tenir de séances en août, septembre et octobre ; mais ce n'est que sur vote émis dans la réunion de juillet que celle d'août n'a pas lieu.

ART. 16. — L'acceptation par la Société de dons et legs, les acquisitions, aliénations ou échanges d'immeubles, sont soumis à l'approbation du Gouvernement.

TITRE IV

Commission permanente.

ART. 17. — Une Commission permanente composée du Président, du Secrétaire général et de neuf membres titulaires, est chargée de recevoir dans l'intervalle des séances, toutes les demandes d'avis motivés qui peuvent être adressées à la Société, et d'y répondre immédiatement, s'il y a lieu.

ART. 18. — La Commission permanente se réunit selon les besoins et délibère d'urgence, dans l'intervalle des séances.

ART. 19. — Les décisions de la Commission permanente sont prises à la majorité des membres présents ; elles doivent réunir au moins quatre voix.

ART. 20. — La Commission permanente peut, selon la nature des questions à résoudre, s'adjoindre un ou plusieurs membres de la Société.

ART. 21. — Les décisions de la commission permanente n'engagent pas la Société ; elles lui sont communiquées à la séance suivante.

ART. 22. — Les membres de la Commission permanente sont élus au scrutin, par la Société. La durée de leurs fonctions est de trois ans, et la commission est renouvelée par tiers tous les ans.

TITRE V

Publications.

ART. 23. — La Société publie ses travaux.

Cette publication est faite par les soins du Bureau (1).

TITRE VI

Recettes et Dépenses.

ART. 24. — Les recettes de la Société se composent :

- 1° De la cotisation annuelle imposée aux membres titulaires ; —
- 2° Des droits de diplômes ; — 3° Du produit des amendes ; —
4. Des dons volontaires

Les dépenses comprennent :

- 1° Les frais de bureau et d'administration ; — 2° Les frais de publication ; — 3° Les jetons à distribuer aux membres qui assistent aux séances, ou qui ont obtenu de la Société un congé régulier.

(1) Depuis sa fondation (1868), la Société a publié XVIII volumes qui composent aujourd'hui la première série de ses publications. Depuis 1904, elle publie un Bulletin mensuel, dont les fascicules, réunis en volume à la fin de chaque année, formeront la seconde série de la publication.

ART. 25. — Le prix de la *cotisation annuelle* est fixé à vingt-cinq francs.

La Société se réserve le droit de l'élever, s'il en est besoin.

Le *prix de diplôme* est fixé à dix francs pour les Membres titulaires, et à vingt francs pour les Membres correspondants nationaux.

Le diplôme est gratuit pour les Membres honoraires et pour les correspondants étrangers.

La *valeur des jetons* est fixée à deux francs.

Une amende de trois francs est imposée aux membres de la Commission permanente qui, sans excuse valable, manquent d'assister à une séance de cette commission, à laquelle ils ont été régulièrement convoqués.

Une indemnité de trois francs est allouée à chacun des membres qui assistent aux séances de la Commission permanente.

ART. 26. — Les fonds de la Société sont gérés par le Bureau, réuni en conseil d'administration.

ART. 27. — Les excédents de recettes qui ne seront pas nécessaires aux besoins de l'œuvre seront placés en fonds publics français, en actions de la Banque, en obligations du Crédit foncier et en obligations de Chemins de fer français qui ont un minimum d'intérêt garanti par l'Etat.

TITRE VII.

Règlement intérieur; Revision des Statuts.

ART. 28. — Un règlement intérieur, qui sera délibéré ultérieurement par la Société, règlera toutes les questions secondaires qui n'ont pu trouver place dans les présents statuts (1).

ART. 29. — Toute proposition tendant à modifier les Statuts de la Société devra être signée au moins par dix membres titulaires, déposée sur le bureau et renvoyée à l'examen d'une commission de cinq membres, dont ne pourra faire partie aucun des signataires de la proposition.

Cette commission, à laquelle s'adjoindra le Bureau, fera son rapport dans le délai de deux mois.

Elle devra se borner à l'examen de la modification demandée, sans pouvoir par elle-même en proposer aucune autre.

Le vote aura lieu sur convocation spéciale et seulement dans la séance qui suivra celle où aura été déposé le rapport.

La modification ne sera adoptée que si elle réunit les deux tiers des votes des membres présents, et si ce chiffre des deux tiers des votants représente au moins la majorité des membres titulaires.

(1) Ce règlement a été rédigé dès 1869 et est demeuré toujours en vigueur avec de très légères modifications, adoptées postérieurement.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE

DE FRANCE

BUREAU DE LA SOCIÉTÉ EN 1905

Président : M. le D^r MOTET.

Vice-présidents : M. G. ROCHER, et M. le D^r VALLON.

Secrétaire général : M. Charles CONSTANT, avocat à la cour d'appel.

Secrétaires des séances : MM. les D^{rs} BRIAND et GRANDJUX.

Trésorier : M. le D^r SOCQUET.

Archiviste : M. J. LEFORT, avocat à la cour de cassation.

Commission permanente.

Cette commission est chargée, dans l'intervalle des séances de la Société, de recevoir toutes les demandes d'avis motivés et d'y répondre immédiatement s'il y a lieu.

MM. le D^r MOTET, *président* ; Charles CONSTANT, *secrétaire général* ; P. BROUARDEL, MAYGRIER, BORDIER, SEGLAS, YVON, THOINOT, DESCoust, JACOMY et DUBOST, *membres*.

Conseil de famille.

Ce conseil ne se réunit que s'il est saisi par le Président d'une question pouvant entraîner une mesure disciplinaire contre un membre de la Société.

MM. le D^r MOTET, *président* ; Charles CONSTANT, *secrétaire général* ; P. BROUARDEL, CHRISTIAN, BENOIT, DANET, DEMANGE, *membres*.

Comité de publication.

Ce comité est chargé de tout ce qui concerne le Bulletin mensuel et la Bibliothèque de la Société.

MM. le D^r MOTET, *président* ; Charles CONSTANT, *secrétaire général* ; D^r BRIAND et D^r GRANDJUX, *secrétaires des séances* ; D^r FLOQUET, J. LEFORT et LEREDU, *membres*.

MEMBRES TITULAIRES DE LA SOCIÉTÉ.

Le nombre des membres titulaires de la Société est fixé à soixante ; le nombre total des magistrats ou avocats ne peuvent y figurer que pour un quart (art. 4 des statuts).

Tout candidat au titre de membre titulaire, chaque fois qu'une vacance est déclarée, doit adresser à la Société une demande écrite et la faire appuyer par deux membres. Il est fait un rapport sur cette demande et l'élection ne peut avoir lieu, au scrutin secret et à la majorité absolue des membres présents, que dans la séance qui suit ce rapport (art. 6 et 7 des statuts).

MM.

ANTHEAUME (1905), docteur, médecin de la Maison Nationale de Charenton, rue Scheffer, 6.

BALLET (Gilbert), (1892), médecin de l'Hôtel-Dieu, professeur agrégé M. E., rue du Général-Foy, 39.

BARTHÉLEMY (1884), médecin de St-Lazare, rue de Paradis, 21.

BENOIT (1884), président de chambre à la Cour d'appel, boul. Henri IV, 2.

BORDAS (1893), docteur chimiste M. E., rue N.-D.-des-Champs, 58.

BORDIER (1884), avocat à la Cour d'appel, bd. St-Germain, 174.

BRIAND (Marcel) (1892), docteur, médecin en chef de l'Asile de Villejuif, M. E.

BROUARDEL (P.) (1898), professeur de médecine légale, M. A. M., rue de Bellechasse, 68.

BROUARDEL (Georges) (1903), médecin des hôpitaux, M. E., rue de Verneuil, 47.

BUDIN (1899), professeur de Clinique d'accouchement, M. A. M.-M. E., rue de la Faisanderie, 51.

CHASSEVANT (1903), agrégé à la Faculté, chimiste E. M., rue Magellan, 7.

CHRISTIAN (1887), médecin en chef honoraire de la Maison Nationale de Charenton, boul. Diderot, n° 4.

CONSTANT (Charles) (1888), avocat à la Cour d'appel, rue Louis-le-Grand, 19.

COURTOIS-SUFFIT (1905), docteur, médecin des hôpitaux, boulevard de Courcelles, 38.

DANET (1882), avocat à la Cour d'appel, boul. Raspail, 9.

DAYRAS (1905), président de Chambre à la Cour d'appel, rue de Seine, 93.

DECORI (1893), avocat à la Cour d'appel, bd. Poissonnière, 21.

DEHENNE, médecin-oculiste M. E., rue de Milan, 19.

DEMANGE (1868), avocat à la Cour d'appel, rue Jacob, 13.

DESCOUST (1881), docteur M. E., rue Etienne-Marcel, 37.

DOUMERC (1875), avocat à la Cour, rue de la Ville-l'Évêque, 24.

DUBOST (1887), conseiller à la Cour d'appel, rue d'Anjou, 7.

MM.

- DUPRÉ (1901), médecin des hôpitaux, professeur agrégé, M. E. rue Saint-Georges, 47.
- FLOQUET (1892), docteur, médecin en chef du Palais de Justice, M. E., rue de la Gaîté, 10.
- GOIJON (1874), docteur médecin, sénateur, place Daumesnil, 15.
- GRANJUX (1901), docteur médecin, rue Saint-Paul, 9.
- GUILLOT (1889), vice-président honoraire au tribunal de la Seine, avenue de Villiers, 9.
- HANRIOT (1896), professeur agrégé à la Faculté, M. A. M. rue Monsieur-le-Prince, 4.
- JACOMY (1895), conseiller à la Cour, rue Clément-Marot, 14.
- JOSIAS (1895), médecin de l'hôpital Bretonneau, M. A. M., rue Montalivet, 3.
- JULLIEN (1901), docteur, chirurgien des hôpitaux, Ch. d'Antin, 12.
- LAUGIER (1881), docteur médecin, M. E., rue d'Athènes, 10.
- LE BLOND (1874), docteur, médecin de Saint-Lazare, place Saint-Georges, 28.
- LEFORT (1885), avocat au Conseil d'Etat, rue Blanche, 54.
- LEGRAS (1895), docteur, médecin en chef de l'Infirmerie spéciale près le Dépôt, M. E., passage Saulnier, 7.
- LEREDU (1896), avocat à la Cour d'appel, rue du Paradis, 42.
- LUTAUD (1877), docteur, médecin-adjoint de Saint-Lazare, M. E., rue Pierre-Charron, 31.
- MAGNAN (1889), docteur, médecin de l'asile Sainte-Anne, M. A. M.-M. E., rue Cabanès, 1.
- MASBRENIER (1875), médecin de la Maison Centrale de Melun.
- MAUCLAIRE (1905), docteur, chirurgien des hôpitaux, professeur agrégé, rue de Penthievre, 9.
- MAYGRIER (1899), docteur, accoucheur de la Charité, professeur agrégé, M. E., rue Mogador, 10.
- MOREAU DE TOURS (1883), docteur, rue de la Mairie, 23, à Ivry.
- MOTET (1875), docteur, M. A. M.-M. E., rue de Charonne, 161.
- OGIER (1887), docteur, chimiste expert, rue de Bellechasse, 49.
- PICQUÉ (1897), docteur, chirurgien de l'hôpital Bichat, rue Saint-Lazare, 81.
- PINARD (1882), docteur, professeur de Clinique obstétricale, M. A. M., rue Cambacérès, 10.
- RICHARDIÈRE (1889), docteur, médecin des hôpitaux, M. E., rue de l'Université, 18.
- RICHTER (1881), docteur, professeur de physiologie, rue de l'Université, 45.

MM.

- ROBERT (Henri) (1903), avocat à la Cour d'appel, bd. Pereire, 98.
 ROCHER (Georges) (1881), avocat à la Cour d'appel, rue Taitbout, 80.
 SEGLAS (1899), docteur, médecin de Bicêtre, M. E., rue de Rennes, 96.
 SOCQUET (1884), docteur, M. E., boul. Saint-Germain, 229.
 THIBIERGE (Georges), (1903), docteur, médecin de l'Hôpital Broca, M. E., rue des Mathurins, 64.
 THOINOT (1897), médecin des hôpitaux, professeur agrégé, rue de Tournon, 4.
 VALLON (1893), docteur, médecin de l'asile Sainte-Anne, M. E., rue Soufflot, 15.
 VALUDE (1888), docteur, médecin des Quinze-Vingts, M. E., rue de l'Université, 96.
 VIBERT (1882), docteur, M. E., rue de Varenne, 53.
 VOISIN (Jules) (1893), docteur, médecin de la Salpêtrière, rue Saint-Lazare, 23.
 YVON (1885), pharmacien, M. A. M., av. de l'Observatoire, 26.

MEMBRES HONORAIRES DE LA SOCIÉTÉ

Peuvent devenir membres honoraires les membres titulaires qui en font la demande après cinq années de participation aux travaux de la Société, ainsi que les personnes qui auront prêté leur concours et leur appui à la Société, ou qui auront contribué de quelque manière que ce soit à sa prospérité. Le nombre des membres honoraires de cette catégorie ne devra pas dépasser douze (art. 8 des statuts).

MM.

- BAUDOUIN, procureur général près la Cour de Cassation, rue Corneille, 3.
 BOUCHEZ (1885), avocat à la Cour d'appel, ancien procureur général, faubourg Saint-Honoré, 71.
 CAZELLES (1882), conseiller d'Etat, boul. Malesherbes, 131.
 CORNIL (V.), sénateur, M. A. M., rue Saint-Guillaume, 19.
 DELASTRE, ancien avoué à la Cour, boul. Bonne-Nouvelle, 8.
 DITTE (1905), président du tribunal civil de la Seine.
 DUGUET, docteur, M. A. M., rue de Londres, 60.
 ERNOUL (1874), ancien ministre de la justice, rue de Lille, 12.
 FOURNIER, docteur, M. A. M., rue de Miromesnil, 77.
 GOURAUD, médecin des hôpitaux, rue de Grenelle, 97.
 LACASSAGNE, professeur à la Faculté de médecine de Lyon.
 LEBAIGUE, chimiste, rue de Lancry, 8.

MM.

MÉGNIN (1904), médecin vétérinaire, M. A. M., av. Aubert, 9, à Vincennes.

PICOT (1878), membre de l'Institut, rue Pigalle, 54.

POUCHET (1902), professeur à la Faculté de médecine, M. A. M., rue de Condé, 15.

TENNESSON (1874), médecin des hôpitaux, boul. Montparnasse, 89.

TURQUET (1882), ancien sous-secrétaire d'Etat, av. de Villiers, 90.

MEMBRES CORRESPONDANTS NATIONAUX

Le nombre total des membres correspondants nationaux ne doit pas dépasser 100 ; sept au plus pour chaque cour d'appel (art. 3 des statuts).

Tout candidat au titre de *membre correspondant* doit adresser une demande écrite et la faire appuyer par deux membres de la Société. — Il est fait un rapport sur la demande ainsi formulée et l'élection a lieu au scrutin secret et à la majorité absolue des membres présents à la séance (art. 5, 6 et 9 des statuts).

Les membres correspondants peuvent assister à toutes les séances mensuelles (second lundi de chaque mois) de la Société et prendre part aux discussions ; mais ils n'ont pas voix délibérative (art. 14 des statuts).

Les membres correspondants peuvent recevoir franco les publications de la Société en versant au trésorier une contribution dont le taux est fixé chaque année (art. 16 du règlement).

Cour d'Agen :

M. le Dr MIRAN (1904), médecin expert à Lectoure.

M. le Dr PUJOS (1904), médecin expert à Auch.

Cour d'Alger :

M. le Dr CRESPIN (1901), médecin à Alger.

M. PAOLI (1892), bibliothécaire de l'Université d'Alger.

Cour d'Aix :

M. le Dr DUFOUR (1897), médecin expert à Marseille.

M. le Dr CHAVERNAC (1879), médecin à Aix.

M. le Dr de VALCOURT (1868), médecin à Cannes.

M. le Dr VIDAL (1892), médecin à Grasse.

M. le Dr MARQUEZ (1860), médecin de l'Hôpital de Hyères.

Cour d'Amiens :

M. le Dr D'HARDIVILLER (1905), docteur médecin, professeur d'histologie à l'Ecole de médecine d'Amiens.

M. le Dr ANDRÉ, (1905), médecin à Péronne, chirurgien de l'hôpital.

M. le Dr R. CHARON (1905), médecin en chef de l'Asile départemental de la Somme, à Dury-les Amiens.

M. le Dr LECUYER (1869), médecin à Beaurieux.

M. le Dr PENAUT (1869), médecin à Vervins.

M. G. BAUDRAN (1904), docteur en pharmacie à Beauvais.

Cour d'Angers :

M. le Dr H. LEGLUDIC (1882), directeur de l'Ecole de médecine et de pharmacie d'Angers.

M. le Dr L. JAGOT (1905), professeur de clinique médicale, médecin de l'Hôtel-Dieu à Angers.

Cour de Bastia :

Cour de Besançon :

M. le Dr BAUDIN (1905), médecin en chef de l'Asile départemental du Doubs, à Besançon.

Cour de Bordeaux

M. SAIGNAT (1870), professeur à la Faculté de droit de Bordeaux.

M. le Dr RÉGIS (1888), médecin à Bordeaux.

M. le Dr BOISSARIE (1875), médecin à Sarlat.

Cour de Bourges ;

M. le Dr SUBERT (1868), médecin à Nevers.

M. H. DE VERNEUIL (1873), avocat à la cour de Bourges.

M. le Dr CHABENAT (1879), médecin à La Châtre.

Cour de Caen :

M. le Dr R. LEROY (1905), médecin en chef de l'Asile des Aliénés criminels à Gaillon (Eure).

Cour de Chambéry :

M. le Dr CARRET (1869), médecin à Chambéry.

Cour de Dijon :

M. le Dr QUIOC (1904), professeur suppléant à l'Ecole de médecine de Dijon.

M. le Dr LAGRANGE (1904), médecin expert à Chalons-sur-Saône.

M. le Dr S. GARNIER (1901), médecin à Dijon.

Cour de Douai :

M. le Dr DURIAU (1870), médecin à Dunkerque.

M. le Dr G. DUTILLEUL (1905), médecin à Lille, expert près les tribunaux.

Cour de Grenoble :

M. le Dr GIRARD (1879), professeur à l'Ecole de médecine de Grenoble.

M. le Dr Paul BERNARD (1892), médecin à Corbelin (Isère).

Cour de Limoges :

M. le Dr VILLARD (1877), médecin à Guéret.

Cour de Lyon :

M. le Dr BERTRAND (1884), médecin à Roanne.

M. le Dr E. MARTIN (1901), médecin chef du Laboratoire de médecine légale à Lyon.

Cour de Montpellier :

M. le Dr JAUMES (1877), professeur de médecine légale à la Faculté de Montpellier.

M. le Dr JACQUEMET (1870), professeur d'agronomie à la Faculté de Montpellier.

M. le Dr SARDA (1898), médecin à Montpellier.

M. le Dr SICARD (1889), médecin à Béziers.

Cour de Nancy :

M. le Dr P. PARISOT (1904), professeur de médecine légale à la Faculté de Nancy.

M. le Dr L. GARNIER (1905), professeur de chimie à la Faculté de médecine de Nancy.

M. le Dr GRENEL (1884), médecin à Gérardmer,

Cour de Nîmes :**Cour d'Orléans :**

M. le Dr RAYNEAU (1903), médecin en chef du quartier des aliénés à l'hospice d'Orléans.

M. le Dr d'OLLIER (1869), médecin à Orléans.

M. le Dr DANNER (1870), médecin à Tours.

M. le Dr AUGÉ (1868), médecin à Pithiviers.

M. le Dr P. ARCHAMBAULT (1805), médecin en chef de l'hôpital général de Tours.

Cour de Pau :

M. le Dr MEUNIER (1875), médecin à Pau.

M. le Dr SENTEX (1875), médecin à St-Sever.

M. le Dr MORBIEU (1875), médecin à St-Palais.

Cour de Paris :

- M. le Dr FINOT (1869), médecin à Troyes.
- M. le Dr CHESNEL (1882), médecin à Chartres.
- M. le Dr CHARPENTIER (1875), médecin à Meaux.
- M. le Dr BONNEAU (1879), médecin à Mantes.
- M. le Dr DIONIS (1868), médecin à Auxerre.
- M. le Dr YOT (1903), médecin à Versailles.

Cour de Poitiers :

- M. le Dr JABLONSKY (1886), médecin à Poitiers.
- M. le Dr MASCAREL (1868), médecin à Châtellerault.

Cour de Rennes :

- M. le Dr PERRIN DE LA TOUCHE (1897), directeur de l'Ecole de médecine de Rennes.
- M. le Dr OLIVE (1897), professeur à l'Ecole de médecine de Nantes.
- M. le Dr FOLLET (1885), médecin à Rennes.
- M. le Dr SORRE (1875), médecin à Saint-Malo.
- M. le Dr BARBOT (1884), médecin à Falaise.
- M. le Dr HEZVOT (1891), médecin à Saint-Malo.

Cour de Rouen :

- M. le Dr Armand LAURENT (1868), ancien médecin en chef des asiles publics d'aliénés de Marseille et de Fains (Meuse) et des hôpitaux de Rouen, médecin à Rouen.
- M. le Dr HURPY (1888), docteur médecin à Dieppe.
- M. le Dr LALLEMANT (1905), docteur médecin, directeur de l'Asile public d'aliénés de Quatre-Mars, près Rouen.
- M. le Dr DIDIER (1904), médecin en chef des hospices de Rouen.

Cour de Riom :

- M. le Dr FREDET (1875), docteur médecin à Royat.
- M. le Dr GRASSET (1897), docteur médecin à Riom.

Cour de Toulouse :

- M. le Dr PARENT (1886), médecin à Toulouse.
 - M. le Dr GUILHEM (1904), professeur à l'Ecole de médecine de Toulouse.
 - M. le Dr DRESCH (1904), médecin légiste à Foix.
-

Séance du 9 janvier 1905.

Présidence de M. le Dr MOTET.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté sans observation.

M. LE PRÉSIDENT salue la rentrée de M. Vallon, vice-président et lui exprime la joie de tous ses collègues en le voyant remis de son terrible accident. (*Applaudissements.*)

M. Vallon, très ému, remercie ses collègues et leur affirme que ce sont leurs marques de sympathie qui lui ont rendu moins douloureuses les longues heures de tristesse qu'il a dû subir. (*Applaudissements.*)

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL fait connaître que M. le Dr Briant, malade, s'est excusé, et que, grâce au concours de MM. Chassevant, Christian et Leredu, les tables analytiques des *Bulletins de la Société*, années 1868 à 1903, pourront bientôt être livrées à l'impression.

Il donne ensuite lecture d'une lettre de Mme Veuve Lefuel qui remercie tous les membres de la Société, spécialement MM. Motet et Benoît, des sentiments qu'ils lui ont exprimés à l'occasion de la mort de M. le conseiller Lefuel : « S'il pouvait y avoir un adoucissement à notre immense douleur — dit-elle — ce serait assurément la sympathie que nous témoignent tous ceux qui ont connu, apprécié et, dès lors, aimé notre cher disparu. Je sais qu'il avait un grand attachement pour votre Société et que rien ne lui était si agréable que de se trouver au milieu de vous... »

Candidatures au titre de membre titulaire et de membre correspondant de la Société.

M. LE SECRÉTAIRE général fait part à la Société que MM. L. Baudin, à Besançon ; — L. Jagot, à Angers ; — R. Leroy, à Gaillon ; — R. Charon, à Amiens ; — Lallemand, à Quatremares, près Rouen ; — Léon Garnier, à Nancy ; — P. Archambault, à Tours ; — G. Dutilleul, à Lille ; — Dardivillers, à

Amiens ; — posent leurs candidatures aux divers sièges de membre correspondant déclarés vacants.

Ces candidatures seront soumises, avec les titres des candidats, à une commission composée de MM. Christian, Jacomy et Thoinot.

M. LE PRÉSIDENT fait connaître que M. Meignin étant nommé membre honoraire, les vacances de membres titulaires dans la section de médecine sont au nombre de trois. La mort de M. Lefuel a entraîné aussi une vacance parmi les places réservées aux magistrats.

M. Léon Dayras, conseiller à la cour de Paris et ancien membre correspondant de la Société lorsqu'il était président de chambre à la cour de Besançon, a posé sa candidature à cette place.

Dans l'ordre médical, les candidatures suivantes ont été adressées régulièrement :

MM. les D^{rs} Blin, médecin en chef de l'asile de Vaucluse ; — Courtois-Suffit, médecin des hôpitaux ; — Antheaume, médecin en chef de la maison nationale de Charenton ; — Balthazard, agrégé de médecine légale ; — Levassor, délégué du Syndicat des médecins de la Seine ; — Maucclair, chirurgien des hôpitaux ; — Toulouse, médecin en chef de l'asile de Villejuif.

Ces candidatures sont renvoyées à l'examen de la Commission déjà chargée de l'examen des candidatures des correspondants nationaux.

M. LE SECRÉTAIRE général rend compte, au point de vue de la section de médecine légale, des travaux de la Commission préparatoire du Congrès international de médecine qui se tiendra à Lisbonne en 1906.

Les spores des champignons, au point de vue médico-légal.

Volume offert à la Société par M. le D^r Jules OFFNER, préparateur de botanique à la Faculté des sciences de Grenoble (1).

Les conclusions de l'auteur — dit M. le Secrétaire général — sont les suivantes :

1^o Chez un homme dont la mort peut être attribuée à un empoisonnement par les champignons vénéneux, la recher-

(1) Volume in-8° de 67 pages avec 2 planches. Grenoble, 1904.

che des spores dans le tube digestif devra toujours être tentée et fournira les meilleurs éléments de diagnostic.

2° L'examen des spores ne saurait cependant dispenser des autres méthodes d'investigation à la disposition du médecin légiste : étude anatomique des débris du champignon retrouvés à l'autopsie, lésions des organes, etc. L'analyse chimique n'a jusqu'ici donné aucun résultat.

3° La simple constatation de spores de champignons supérieurs, d'ailleurs indéterminés, pourra donner à l'expert des indices sur les causes de la mort.

4° En cas d'ingestion de champignons comestibles, auxquels ont pu être mélangées des espèces toxiques, par exemple des psalliotes et des amanites bulbeuses, les caractères des spores sont assez différents pour que l'autopsie donne des résultats précis.

5° Dans un même genre, les spores des différentes espèces présentent en général une grande uniformité ; dans quelques genres cependant, les spores de certaines espèces se reconnaissent à des caractères particuliers. La détermination du genre sera donc possible dans certains cas ; à moins qu'on n'ait pu examiner d'autres parties du champignon, on ne réussira qu'exceptionnellement à déterminer l'espèce.

ASPHYXIE PAR L'OXYDE DE CARBONE

Discussion du rapport de M. le Dr Chassevant sur une question de survie. (Affaire Tarbé, des Sablons).

M. SOCQUET. — Je désirerais prendre la parole, mais une affaire en cours, dans laquelle l'oxyde de carbone est en jeu, m'oblige à garder le silence. Je pense que la Société me comprendra sans que j'aie besoin de préciser davantage.

M. LE PRÉSIDENT. — Parfaitement ; je propose à la Société de décider que la discussion restera ouverte et reporter à une prochaine séance. — Je donne la parole à M. le Dr Picqué, pour la lecture de son rapport sur l'Intervention chirurgicale chez les aliénés.

DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE CHEZ LES ALIÉNÉS

Rapport de M. le Dr Lucien PICQUÉ, au nom de la
Commission chargée d'étudier cette question (1).

Messieurs,

Déjà, à plusieurs reprises, cette question a été portée à l'ordre du jour de notre Société. En 1898, elle fut introduite devant la Société par notre collègue M. Briand. La même année, à la séance du 14 novembre, je vous présentais sur ce sujet une première étude que vous trouverez dans notre *Bulletin* (2) et qui est reproduite dans le premier volume de mon « Recueil des travaux du pavillon de chirurgie ».

Avec les documents dont je disposais à cette époque, j'insistais sur l'utilité de l'intervention chirurgicale chez les aliénés ; j'énumérais les difficultés que le chirurgien rencontrait à chaque pas, pour remplir chez ces malades les indications ordinaires de la chirurgie ; je rappelais encore que j'avais introduit dans les asiles une tradition que je considérais comme indispensable à la pratique chirurgicale, à savoir : la demande d'autorisation écrite des familles ; mais après vous avoir montré par des faits que cette formalité n'était réellement utile qu'au chirurgien, et que le plus souvent elle était contraire aux intérêts de l'aliéné, j'émettais le vœu, en terminant, que les attributions de l'administrateur des biens fussent étendues, par une disposition nouvelle de la loi, à tout ce qui regarde les intérêts matériels de l'aliéné.

(1) La commission était composée de MM. Lefuel, *président* ; G. Rocher, Briand, Dupré et Picqué, *rapporteur*.

(2) *Bulletin de la Société de médecine légale*, année 1898, p. 349 à 359.

Une commission fut nommée et M. le conseiller Lefuel, notre regretté collègue, reconnut que la loi devait sauvegarder aussi bien la santé des malades que leur fortune.

Elle formula le vœu que le rapporteur de la loi nouvelle au Parlement introduisît un article donnant au juge des référés, en cas de refus de la famille, à autoriser un traitement jugé nécessaire, le droit d'ordonner l'application de tout traitement utile à la santé de l'aliéné.

Dans l'esprit de la commission, ce magistrat ne devait intervenir qu'en cas de conflit avec les familles. Or nombreux sont les cas où les familles refusent de répondre aux demandes des médecins, et la commission pensa que, pour ces cas, l'autorisation de l'administration pourrait suffire.

Je portai donc, en 1900, la question devant le Congrès international d'assistance et de bienfaisance privée, espérant trouver une solution administrative applicable à ces cas; mais les représentants de l'administration supérieure repoussèrent cette solution à l'aide d'arguments d'ailleurs convaincants.

Lors des travaux de la commission du fœticide, je repris cette question devant la Société de médecine légale (1). J'apportai au débat de nouveaux documents, je montrai à l'aide de chiffres le nombre élevé des affections utérines chez les aliénées et la difficulté que nous avions, non seulement de les opérer, mais même de les examiner. Je rappelai que M. Maxwell, dans le discours qu'il avait prononcé à la séance de rentrée de la cour d'appel de Bordeaux, avait pris pour thème la question qui nous occupe et avait dit sous forme de conclusion : « Je crois cependant, comme M. Picqué lui-même, qu'il y aurait avantage à assurer par un texte précis la protection de l'aliéné pour le cas que je viens d'examiner, etc. »

(1) Séance du 12 mai 1902 ; *Bulletin*, 1902, p. 95 à 103.

J'exprimai donc, moi aussi, ce vœu, en m'appuyant sur les conclusions mêmes de M. Lefuel et l'opinion exprimée par M. Maxwell de voir consacrer par un texte légal le droit de la société de défendre l'aliéné dans sa santé, comme elle le protège déjà dans ses biens.

C'est alors que la Société de médecine légale voulut bien me prier de présenter une nouvelle étude sur cette question que je n'avais abordée qu'incidemment et à l'occasion des travaux de la commission du fœticide.

J'ai lu ce travail en 1903 et la commission qui a été nommée à la suite de cette nouvelle communication (1), après s'être réunie deux fois, m'a chargé de vous présenter le rapport sur les décisions qu'elle a prises.

Mais je tiens au préalable à vous présenter, au moins dans les lignes principales, l'état actuel de la question et je m'appuierai sur les éléments mêmes de mon précédent travail.

1° La chirurgie de l'aliéné est devenue actuellement une nécessité.

Je laisserai de côté les cas d'urgence : ceux-ci relèvent exclusivement de notre conscience et échappent à toute réglementation.

Parfois cependant il y a ici même matière, à contestation car de nos jours l'urgence est comprise par le médecin autrement que par le public. J'ai insisté ailleurs sur ces faits ; qu'il me suffise de dire que toute la chirurgie viscérale doit rentrer dans ce cadre.

Je veux surtout envisager ici la chirurgie que j'ai appelée « facultative, » en ce qu'elle s'applique aux cas qui ne compromettent la vie ni dans le présent, ni dans l'avenir : or celle-ci est tout aussi indispensable à pratiquer chez l'aliéné que la précédente.

(1) Séances des 9 mars et 7 avril 1903 ; *Bulletin*, 1903, p. 77 à 95 et p. 108.

Cette chirurgie s'applique en effet à plusieurs ordres de faits.

Tantôt il s'agit d'opérations orthopédiques nécessaires à l'aliéné pour lui permettre de travailler à l'atelier de l'asile, condition reconnue indispensable pour guérir certaines formes d'aliénation mentale.

Tantôt c'est le traitement de suppurations, indispensable à instituer pour supprimer une source d'infection générale et assurer de la sorte l'hygiène de nos asiles. On admettra bien qu'un malade ne peut avoir le droit de conserver une affection susceptible de nuire à ceux au milieu desquels il vit. J'en ai donné des exemples typiques ; d'ailleurs, le malade ne peut que bénéficier lui-même d'un traitement qui supprime chez lui une cause de déchéance physique et mentale.

Tantôt enfin, la chirurgie facultative s'applique aux affections viscérales dont la guérison entraîne celle du délire. J'ai publié, cette année même, ma première statistique de 35 cas de guérison du délire consécutive à la guérison d'affections diverses le plus souvent viscérales.

Je ne veux pas m'étendre davantage sur les diverses considérations que j'ai développées longuement ailleurs : elles suffisent à vous démontrer toute l'utilité de la chirurgie chez les aliénés : celle-ci, au résumé, est nécessaire au point de vue humanitaire ; elle constitue en outre un devoir social et parfois une nécessité d'hygiène.

2° Les conditions dans lesquelles s'exerce cette chirurgie sont absolument défectueuses.

La demande d'autorisation aux familles est le plus souvent illusoire et nous nous heurtons à chaque instant à la mauvaise volonté des familles faite d'ignorance, de préjugés ou de cupidité. Dans un rapport au préfet de la Seine, j'ai prouvé par des chiffres combien nous étions parfois impuissants à pratiquer des opérations

nécessaires et que l'intéressé serait le premier à solliciter s'il était libre.

Dans le travail dont les conclusions sont soumises à la Commission actuelle, j'ai proposé de distinguer, parmi nos malades, l'aliéné lucide de l'aliéné inconscient. Ce dernier est un débile, un dément ou un halluciné : il peut d'ailleurs présenter les états morbides les plus divers : dans aucun cas il n'est capable de raisonner.

L'aliéné lucide peut appartenir à l'une des catégories précédentes, mais ce qui le distingue du malade inconscient, c'est qu'il présente par intervalle des périodes de lucidité.

Or on doit se rappeler que l'aliéné, quel qu'il soit, n'est qu'en présomption d'incapacité : il n'est à proprement parler un mineur que lorsqu'il est interdit.

Il suit de là que lorsqu'il est lucide, il peut signer des actes, voire même disposer de ses biens, et les divers actes de sa volonté peuvent, en cas de contestation, être valides devant les tribunaux, quand le médecin atteste qu'il a agi dans une période de lucidité.

Dès lors, puisque, sous les conditions précitées, on lui reconnaît le droit de disposer de ses biens, pourquoi ne pas lui accorder le même droit vis-à-vis de sa santé en lui permettant de décider lui-même s'il consent ou non à une opération ?

Dans un premier travail, et par un sentiment de scrupule que je reconnais exagéré, j'avais, à la vérité, insisté sur les inconvénients qui pouvaient résulter de cette manière de procéder.

Or, le médecin aliéniste, qui, ainsi que je l'ai dit maintes fois, doit toujours nous prêter son concours, n'est-il pas là pour affirmer que le malade est bien dans une période de lucidité au moment de la décision à prendre, et je crois qu'il y va réellement de l'intérêt du malade, de le laisser libre de sa santé comme de ses biens, quand il est dans une période lucide. Il ne s'agit

donc en résumé que d'une simple interprétation de la loi.

La Commission s'est ralliée à cette manière de voir et a adopté mes deux premières conclusions :

1° Parmi les aliénés, il faut, au point de vue du traitement à instituer, faire une distinction entre les malades à intervalles lucides et les malades inconscients.

2° Le malade à intervalles lucides a légalement le droit de signer un acte : il doit avoir celui d'accepter ou de refuser une opération sans être soumis au préalable à l'avis plus ou moins intéressé des familles ; mais le médecin traitant, pour éviter toute réclamation, devra donner un certificat d'avis conforme au point de vue médical.

Toute différente, Messieurs, est la situation du médecin quand il est en présence d'un malade inconscient. Celui-ci ne peut formuler un avis : d'autre part, sa famille peut avoir intérêt à ne pas favoriser sa guérison. Je l'ai montré par maints exemples. Que peuvent faire dans ces conditions la société et le médecin ?

Or, pour apprécier le rôle du médecin en cette circonstance, il m'a paru utile de pénétrer l'esprit des législateurs, dans les tentatives de réforme qu'ils ont essayé d'introduire dans la loi depuis 1869 jusqu'à l'heure actuelle.

Or, si l'on vient à lire les discussions qui se sont produites dans les assemblées parlementaires pendant cette longue période, on est frappé de ce fait : qu'au droit d'enfermer l'aliéné dans un but de protection, s'est peu à peu substitué, dans l'esprit des hommes éminents qui ont pris part aux discussions, le devoir de l'assister, c'est-à-dire de le soigner pour le guérir.

La future loi sera une loi d'assistance. Tout le fait

pressentir dans les projets de loi proposés et dans les discussions qui y ont donné naissance.

Le moment n'est-il donc pas venu de consacrer le courant d'opinion parlementaire et médical par un texte précis, proclamant ainsi dans la loi le droit de protéger l'aliéné dans sa santé comme dans ses biens : c'est le vœu que j'ai émis dans la 3^e conclusion de mon travail.

La commission a bien voulu se rallier à cette manière de voir, comme l'avait déjà fait M. Lefuel, rapporteur de la commission de 1898 et a adopté cette conclusion ;

3^e Pour les malades inconscients, la loi est muette : le médecin se trouve alors désarmé. Si la thérapeutique médicale a toujours été acceptée sans récrimination de la part des familles, si le médecin aliéniste a pu, à toutes les époques, soigner médicalement ses malades, il n'en est pas de même quand il s'agit d'opérations chirurgicales.

Aux besoins nouveaux, nés des progrès de la chirurgie, doivent correspondre des dispositions nouvelles de la loi, car celle-ci comporte à cet égard une lacune qu'il convient de combler.

Dès lors, pour cette catégorie de malades, la Commission émet le vœu que la loi nouvelle proclame nettement le droit qu'elle a de protéger l'aliéné dans sa santé comme dans ses biens.

La Commission a ensuite étudié la question des moyens à employer pour l'exercice de ce droit. Elle a rejeté l'action de la Commission de surveillance et n'a pas cru devoir proposer, comme l'avait fait M. Picqué, d'étendre les attributions de l'administrateur aux biens : elle a pensé que l'administrateur n'aurait pas près des familles l'autorité du curateur à la personne désignée sur leur demande par les tribunaux : elle a admis que le droit de trancher les questions relatives à la santé des malades indigents ne pouvait appartenir qu'au pou-

voir judiciaire, d'une façon générale. L'intervention des tribunaux ne saurait prêter à aucune contestation ; celle-ci est déjà admise dans la loi : la Commission propose simplement de l'étendre.

Or en étendant son action à ce qui touche aux intérêts matériels de l'aliéné, ne pourrait-on pas redouter de donner au médecin un rôle prépondérant au détriment des droits du père de famille, quand il s'agit d'un mineur.

Sous le premier rapport, la décision du médecin sera justement soumise au contrôle du pouvoir judiciaire, qui interviendra comme toujours avec les moyens dont il dispose, pour sauvegarder au mieux les intérêts des particuliers.

Quant au droit du père de famille, certes, il est légal et respectable quand il est exercé dignement et le pouvoir judiciaire n'aura à intervenir que dans les cas où le père de famille lui semblera avoir outrepassé les droits que lui donne la loi, en formulant un avis contraire aux intérêts vitaux de l'enfant et à ceux de la collectivité tout entière, dans les cas où l'affection serait de nature à nuire à l'hygiène générale de l'établissement.

La Commission a discuté ensuite le mode d'intervention du pouvoir judiciaire.

M. Lefuel dans son premier rapport avait admis le recours au juge des référés.

M. Rocher a présenté à ce sujet des arguments qui ont convaincu la Commission.

D'après lui, le juge des référés, appelé à donner son avis sur une question de traitement, ne pourrait intervenir que dans les cas urgents. Or, ceux-ci, comme j'ai eu l'occasion de le faire remarquer au cours de ce rapport, et dans des communications antérieures, relèvent exclusivement de la conscience du médecin et échappent à toute action administrative ou judiciaire. C'est justement dans les cas où il n'y a pas urgence qu'une

intervention judiciaire pourra être utile, et il ne paraît pas possible qu'elle puisse alors s'exercer.

On pourrait, à la vérité arguer, comme je l'ai dit, au début de ce rapport, que l'urgence a une limitation trop étroite qu'il est des cas nombreux où elle sort des limites que le public lui assigne.

Il est certain que le juge ne pourrait dans un cas litigieux qu'adopter le sens que le public attribue à ce mot, en sorte que son action risquerait d'être illusoire.

La Commission, se rangeant à cette opinion, a adopté finalement l'intervention du tribunal en chambre du conseil et proposé à la Société la conclusion suivante : « Dans le but de permettre une protection efficace de l'aliéné dans sa santé, la Société propose de soumettre au tribunal réuni en chambre du conseil, en cas de conflit avec les familles ou en leur absence, toutes les questions relatives à la santé et au traitement médico-chirurgical des aliénés. »

En résumé la Commission vous propose les résolutions suivantes :

« 1° Au point de vue de l'intervention chirurgicale chez les aliénés, il convient de distinguer entre ceux qui sont lucides et ceux qui sont inconscients ;

2° Pour les premiers, — considérant que la loi de 1838, leur ayant reconnu le droit de disposer de leurs biens, leur a donné implicitement celui d'émettre leur avis sur tout ce qui concerne leur santé, — la Société estime qu'ils ont le droit d'accepter ou de refuser une intervention chirurgicale. En conséquence le chirurgien qui considère comme utile une opération chez un aliéné lucide, pourra opérer celui-ci sur le vu d'un certificat du médecin traitant établissant l'état de lucidité du malade, et du consentement de l'aliéné à l'opération proposée ;

3° Pour les aliénés inconscients, — la Société émet le vœu que la loi nouvelle proclame nettement le droit qu'elle a de protéger l'aliéné dans sa santé comme dans ses biens sous la garantie du pouvoir judiciaire ;

4° La Société estime que la Chambre du conseil du tribunal civil est tout indiquée, en cas de conflit avec les familles ou en leur absence, pour résoudre, après avoir pris l'avis d'un ou de plusieurs médecins experts, toutes les questions relatives à la santé et au traitement médico-chirurgical des aliénés.

M. le PRÉSIDENT. — Le rapport de M. le Dr Picqué sera imprimé au prochain Bulletin et discuté dans la séance du mois de février.

La parole est à M. le Dr G. Brouardel pour une communication.

UN CAS D'ANÉVRYSME DE L'AORTE D'ORIGINE TRAUMATIQUE ET A SYMPTOMATOLOGIE ANORMALE RÉVÉLÉ PAR LA RADIOGRAPHIE.

Par M. le Dr Georges BROUARDEL.

La plupart des anévrysmes de l'aorte se manifestent par un ensemble de symptômes subjectifs et objectifs, qui permettent d'en faire aisément le diagnostic ; dans un certain nombre de cas, plus rares, mais bien connus et décrits aujourd'hui, fréquents surtout lorsque la dilatation aortique se fait au niveau de la zone dite latente, ils ne donnent naissance qu'à des symptômes de compression, et on sait toute l'importance diagnostique que prennent alors certaines névralgies intercostales rebelles.

A côté de tous ces faits, bien classés actuellement, il s'en place quelques autres, exceptionnels à la vérité,

mais fort importants à connaître : ici, l'anévrisme de l'aorte ne se manifeste, pendant une période qui peut être fort longue, que par une douleur, qui, loin de revêtir l'aspect d'une névralgie par compression, est nettement accusée et limitée à un point fixe de la cage thoracique.

MM. Paul Sainton et Voisin en ont rapporté un très curieux exemple à la séance du 27 novembre 1903 de la Société médicale des hôpitaux. J'ai l'honneur de vous en présenter un nouveau cas, qui m'a semblé mériter d'attirer l'attention des médecins experts.

Il s'agit, en effet, d'un ouvrier, qui, à la suite d'un violent traumatisme subi sur la région antérieure du thorax à l'occasion de son travail, se plaint d'éprouver une douleur localisée, fixe, progressive, siégeant au niveau de la région dorsale, en un point rétro-scapulaire gauche. Son état général se maintenant bon, et l'examen physique le plus minutieux ne révélant aucune lésion organique, les médecins de la Compagnie d'assurance qui l'examinèrent à plusieurs reprises et fort soigneusement, le considérèrent comme un simulateur, complètement guéri des suites de son traumatisme.

J'eus à examiner cet ouvrier en qualité d'expert ; ne constatant à l'examen physique aucune lésion permettant d'expliquer un point douloureux ainsi localisé et, en présence d'une affirmation cependant répétée avec énergie, je demandai, avant de conclure, qu'il soit fait un examen radioscopique et radiographique du thorax du blessé ; cet examen révéla un anévrisme de l'aorte. Les symptômes habituels ne se développèrent que beaucoup plus tardivement.

Voici l'observation succinctement résumée :

Observation. — En septembre 1901, je vois comme expert K... pour la première fois. Employé comme manœuvre dans de grands travaux, il avait eu, le 15 février précédent, le

thorax serré entre deux wagonnets, et très fortement contusionné. Il se plaint d'éprouver, siégeant au niveau de la partie postérieure gauche du thorax, une douleur extrêmement vive, cette douleur existerait, constante et progressive depuis l'accident ; elle siégerait en un point que K... indique d'une façon précise en arrière, au niveau de la partie inférieure de l'omoplate gauche, à la hauteur des 7^e et 8^e espaces intercostaux.

La pression ne paraît douloureuse qu'en ce point ; partout ailleurs, elle semble, de l'avis même de K..., ne réveiller qu'une sensation fort peu accusée. La douleur spontanée consisterait en une sensation sourde, très pénible, présentant à intervalles irréguliers des exacerbations, aussi bien nocturnes que diurnes, que K..., compare à des coups de couteau, à des brûlures.

L'examen physique ne révèle aucune lésion des appareils pulmonaire et circulatoire ; il n'existe aucun signe de dilatation aortique. Les médecins de la Compagnie d'assurance, à laquelle K..., demande une aide, concluent qu'il s'agit d'un simulateur.

L'examen radioscopique et radiographique, fait sur ma demande quelques jours plus tard, montre nettement qu'il existe un anévrisme de l'aorte.

Le malade nie toute maladie antérieure ; ses antécédents héréditaires n'offrent rien de particulier à signaler, il ne porte aucune trace de lésion syphilitique ; marié, il a des enfants bien portants ; il n'a jamais présenté de symptômes de paludisme. Le violent traumatisme qu'il a subi semble donc bien avoir été l'origine de son anévrisme.

L'anévrisme reconnu, K..., bien que ne présentant aucun stigmate de syphilis, fut soumis au traitement spécifique qui resta sans effet.

La douleur resta telle qu'elle était au moment de mon premier examen jusqu'en décembre 1902 ; à ce moment, l'anévrisme devint nettement perceptible, avec ses signes habituels, et s'accrut rapidement.

Le malade mourut en juillet 1903 par rupture de son anévrysme dans les voies respiratoires ; en faisant un effort de défécation, il fut pris d'une hémoptysie considérable et succomba en quelques minutes.

Ainsi, pendant près de deux ans, du 15 février 1901 au mois de décembre 1902, cet anévrysme ne se manifesta que par une douleur localisée en un point fixé, rétro-scapulaire gauche. C'est là un fait exceptionnel, intéressant à noter à la suite des quelques faits analogues qui ont été publiés jusqu'ici.

Aussi pareille observation m'a-t-elle semblé digne de retenir l'attention de la Société de médecine légale : aucun signe objectif n'expliquant, en effet, cette sensation accusée par le blessé, celui-ci pouvait, sans la radioscopie être pris pour un simulateur, complètement guéri des suites de l'accident qu'il avait subi.

M. GRANJUX. — A l'occasion du fait que vient de nous communiquer M. Brouardel, je voudrais lui demander s'il peut me renseigner sur le point suivant : A-t-on le droit, en cas de contestation, à propos des suites d'un accident de travail, d'obliger l'accidenté à subir l'épreuve de la radiographie. Je pose cette question parce que, dans l'armée, il est défendu aux experts d'employer, pour arriver au diagnostic, tout moyen qui peut comporter un danger, même minime, pour la personne examinée. C'est ainsi que l'usage du chloroforme est rigoureusement interdit.

M. BROUARDEL. — Dans tous les cas qui me sont personnels l'examen radiographique a été soit demandé, soit librement accepté par les blessés. Je ne puis donc répondre à la question d'ordre général soulevée par M. Granjux.

M. PICQUÉ. — J'ai été très vivement surpris de voir, dans les différentes périodes d'instruction que j'ai faites, la défense imposée aux experts militaires de recourir au chloroforme pour établir leur diagnostic. En pareil cas, je refuserais de formuler un diagnostic, comme je le ferais en clientèle civile, si on ne m'accordait pas la chloroformisation quand je la crois nécessaire pour asseoir mon opinion.

Si je pense ainsi de l'emploi du chloroforme, *a fortiori* en

est-il de même de la radiographie, sans laquelle, en cas de fracture, nous ne faisons que de l'empirisme.

M. G. BROUARDEL. — En justice, c'est au demandeur à faire la preuve. Par conséquent, en cas d'accident du travail, c'est au blessé à faire la preuve de la réalité de la lésion. S'il refuse de se prêter à l'examen radiographique qui fera connaître l'état réel, s'il se dérobe, c'est au juge à interpréter cet acte.

M. MASBRENIER. — Ayant été commis, avec M. Magnan, pour examiner un homme qui simulait le mutisme, M. Magnan s'est totalement opposé à la chloroformisation de cet individu proposée pour voir si dans cet état il parlerait.

M. LE PRÉSIDENT. — Vous voyez combien la question posée par M. Granjux soulève de points divers, qui peuvent être le départ de discussions intéressantes. Mais nous ne sommes pas en ce moment préparés à cela. Je crois qu'il y aurait avantage à charger préalablement M. Granjux de nous faire un rapport qui préciserait la question, la montrerait sous ses divers aspects et serait le point de départ de la discussion. (*Adopté.*)

Je donne la parole à M. le Dr Balthazard, pour une communication présenté en son nom et au nom de M. le Dr Socquet.

ETUDE MÉDICO-LÉGALE D'UN CAS DE PYOHÉMIE CONSÉCUTIVE A UN TRAUMATISME SANS PLAIE

Par MM. SOCQUET et BALTHAZARD.

Un homme de 32 ans entre à l'hôpital Saint-Antoine le 9 juin, quinze jours après avoir reçu, dans une rixe, des coups sur l'épaule droite et le thorax. Le chirurgien constate qu'il existe au niveau de l'épaule droite une énorme tuméfaction, fluctuante ; il fait le diagnostic d'hématome suppuré justifié par les symptômes locaux et par la température du malade, qui atteint 40°3. Une incision au

niveau du tiers externe de la clavicule donne issue à un litre de pus environ ; au cours de cette intervention on met en évidence une fracture de la clavicule à l'union du tiers externe avec le tiers moyen. Le lendemain, une seconde incision est pratiquée en arrière de l'épaule pour assurer le drainage de la cavité purulente. Puis, 3 ou 4 jours plus tard, on découvre une collection purulente au niveau du bord droit du sternum ; une incision permet l'évacuation d'une grande quantité de pus ; ce pus provient de la plèvre, car l'air pénètre à chaque inspiration dans la cavité pleurale.

Malgré ces diverses interventions, l'état général ne s'améliore pas, la température reste comprise entre 38°5 et 39°5, le pouls est petit et donne 126 à 132 pulsations par minute, la dyspnée est extrême. Les progrès de la dyspnée entraînent, le 30 juin, la mort du malade.

Laissant de côté les constatations relatives aux incisions chirurgicales, l'autopsie, pratiquée le 2 juillet, a fourni les indications suivantes. Il existe dans la plèvre droite un épanchement purulent d'environ 500 grammes, avec de nombreuses fausses membranes ; le poumon sous-jacent présente au niveau du lobe supérieur des lésions de broncho-pneumonie suppurée. Le péricarde est très distendu et renferme près d'un litre de liquide séro-purulent. Le foie est gros et pèse 2 kg. 250 ; la rate est hypertrophiée et pèse 340 gr. Enfin les reins sont assez volumineux et parsemés d'abcès miliaires qui apparaissent sous forme de petits grains jaunâtres siégeant dans la substance médullaire ; l'un de ces abcès a une forme ovoïde et mesure 6 millimètres sur 3. Les coupes histologiques pratiquées à ce niveau montrent un amas considérable de leucocytes dégénérés, au milieu desquels la coloration appropriée met en évidence des microbes nombreux, staphylocoques et streptocoques. Il existe d'ailleurs dans tout l'organe des amas de cellules embryonnaires qui constituent de véritables petits abcès microscopiques. L'examen

du pus contenu dans la plèvre droite et le péricarde révèle également la présence des mêmes microbes.

En résumé, à la suite d'un traumatisme, qui, malgré la fracture de la clavicule, n'a pas été extrêmement violent, il s'est produit un épanchement sanguin au niveau de l'épaule. Ultérieurement, cet hématome a suppuré et peu après sont apparues, dans un ordre qui est difficile à préciser, une pleurésie et une péricardite purulentes, une broncho-pneumonie et une néphrite suppurées.

Cette observation conduit à des considérations intéressantes : au point de vue clinique, elle montre qu'une péricardite avec épanchement d'un litre peut évoluer sans symptômes bruyants puisqu'elle est restée méconnue dans le cas présent jusqu'à l'autopsie ; au point de vue anatomo-pathologique, elle prouve, fait qui est considéré par les classiques comme peu vraisemblable que le péricarde peut se distendre au cours d'une péricardite aiguë suffisamment pour renfermer une quantité de liquide séro-purulent aussi considérable que dans les péricardites chroniques. La présence de pus dans le rein démontre que l'infection péricardique, pleurale, pulmonaire, est d'origine pyohémique, c'est-à-dire qu'elle est due au passage, dans le sang, des microbes contenus dans l'hématome suppuré, et qu'il n'est pas exact d'admettre la propagation par voisinage de l'infection à la plèvre et au péricarde. Enfin le médecin légiste doit indiquer que si l'ensemble des accidents reconnaît bien à son origine les coups portés à la victime, ce n'est que par suite de circonstances tout à fait fortuites et indépendantes de la volonté de l'agresseur que le traumatisme, assez minime en l'espèce, a pu entraîner la mort.

M. le PRÉSIDENT remercie MM. Balthazard et Socquet de leur intéressante communication.

Rien n'étant plus à l'ordre du jour, la séance est levée à 5 h. 40.

Le Secrétaire, GRANJUX.

PLAIE PÉNÉTRANTE DU CRANE PAR COUP DE FEU

MEURTRE OU ACCIDENT.

*Observation présentée par M. le Dr Didier (de Rouen),
membre correspondant de la Société de médecine légale.*

L'observation que j'ai l'honneur de présenter à la Société de médecine légale (1) concerne une affaire qui fut portée devant le jury de la Seine-Inférieure. Cette affaire soulève un problème médico-légal que j'ai cru intéressant de vous rapporter.

Les expériences qui furent instituées à cette occasion confirmèrent la vraisemblance du système de défense adopté par l'inculpé et entraînèrent la conviction du jury en sa faveur.

Voici les faits :

Le 14 septembre 1903, à 8 h. 1/2 du soir les époux S. venaient de terminer leur repas dans la cuisine d'une maison qu'ils occupaient à Rouen, rue du Renard. Tout à coup, une détonation retentit, et S. se précipita chez un de ses voisins en disant : Venez vite, je viens de tuer ma femme.

On accourut, et on trouva la femme S. foudroyée, affaissée sur la chaise où elle était assise, la tête fléchie en avant, reposant sur le bord d'un petit guéridon, sur lequel était une lampe allumée. Dans sa main était un ouvrage de couture auquel elle travaillait ; une abondante hémorrhagie s'était produite, faisant une large tache de sang sur les vêtements et sur le sol, aux pieds du cadavre.

(1) Cette observation a été présentée à la Société dans sa séance du 14 novembre 1904, à laquelle M. le Dr Didier assistait. (Voir : *Bulletin*, 1904, p. 219).

En relevant la tête, on vit une large plaie béante occupant l'œil gauche détruit par un coup de feu.

Sur le sol, près du cadavre, était un fusil de chasse, les chiens rabattus ; dans le canon droit du fusil était une douille de cartouche à plombs ; le canon gauche n'était pas chargé.

A mon arrivée sur les lieux avec le Parquet, voici le relevé de mes constatations.

Le corps est affaissé dans une position naturelle ; il n'y pas de trace de rixe. Pas de désordre des vêtements, aucun signe de défense de la part de la victime.

A la face, juste au centre de l'œil gauche, on voit une cavité noirâtre, remplie de caillots et de débris déchiquetés.

Les deux paupières sont arrachées et détruites à peu près également dans leur moitié externe. Au pourtour de la perforation, la peau est pigmentée en noir par l'incrustation de grains de poudre dans un rayon de deux centimètres.

La plaie, régulièrement arrondie, est comme taillée à l'emporte-pièce, les cils et le sourcil sont brûlés. Outre l'incrustation concentrique à la plaie toute la moitié gauche de la face est le siège d'un dépôt de poudre noire très fine, formant un enduit non adhérent sur une étendue d'environ 10 cm. carrés et disparaissant par le lavage.

Au-dessous de cet enduit, l'épiderme porte les traces d'une brûlure du premier degré.

En dehors de la plaie orbitaire, il n'existe comme autres traces de violence qu'une petite plaie ecchymotique arrondie au niveau de la partie moyenne du bord antérieur du sterno-mastoïdien droit. Une incision en ce point fait découvrir un grain de plomb de petit calibre déformé, logé dans le tissu cellulaire.

La dissection de l'orbite et du crâne me révèlent les désordres suivants :

L'œil est complètement détruit et ne forme plus qu'une

bouillie informe ; les parois supérieure et interne de l'orbite sont brisées en de multiples esquilles ; le rebord orbitaire est intact.

La carotide est sectionnée au ras de la base du crâne.

Le crâne est éclaté ; l'éclatement s'est produit suivant une ligne de fracture transversale passant à la base, entre l'étage supérieur et l'étage moyen, si bien que le fragment antérieur complètement détaché bascule en avant.

Les traits de fracture se prolongent à la voûte et transforment sa moitié droite en deux fragments, un postérieur temporo-occipital, un antérieur frontal.

La face inférieure du cerveau est traversée par plusieurs trajets au niveau du lobe sphénoïdal droit ; le lobe droit du cervelet est complètement dilacéré.

Les deux premières vertèbres cervicales sont fracturées dans leur moitié droite à l'union du corps et des lames.

Les parties molles du cou sont hachées dans leur moitié supérieure à droite, depuis la ligne médiane en arrière, jusqu'au sterno-mastoïdien en avant. Dans ce magma formé de débris musculaires et de caillots sanguins, je retrouve des fragments de paupières, des grains de plomb de différents calibres mâchés, irréguliers, déformés.

D'après ces constatations, le trajet du coup de feu se reconstitue ainsi :

Le projectile a traversé la partie supéro-interne de l'orbite, brisé le sphénoïde, et provoqué l'éclatement de la boîte crânienne, traversé la partie inférieure du lobe temporo-sphénoïdal droit du cerveau, le lobe droit du cervelet et a épuisé son action dans les masses musculaires du cou, dans un rayon compris entre les deux premières vertèbres cervicales et le sterno-mastoïdien droit. Un seul grain a cheminé jusqu'à la peau du cou en divergeant en bas.

Les grains de plomb ont pénétré groupés en faisceau en traversant l'orbite, et se sont répartis à la fin de leur trajet sur une surface d'environ huit centimètres carrés ; le projectile a donc fait balle à l'entrée et le trajet des plombs représente un cône à sommet orbitaire et à base cervicale droite.

Si l'on admet que les grains de plomb ont suivi une direction rectiligne, le coup a été dirigé d'avant en arrière, de gauche à droite, et de haut en bas, suivant un angle de trente degrés environ avec l'horizontale.

Les caractères extérieurs de la plaie permettent d'établir que le coup a dû être tiré à une distance d'environ 30 centimètres.

— L'inculpé, au cours de l'instruction, fournit les explications suivantes :

Après son dîner, sa femme s'étant installée à coudre devant la table où était allumée la lampe, il alla chercher son fusil de chasse qu'il voulait nettoyer.

Il se plaça pour cela debout devant la table de façon à être éclairé par le rayon de lumière que renvoyait l'abat-jour de la lampe.

Il se trouvait ainsi face à sa femme, à une distance d'environ 1 m. 50.

Avec un chiffon, il essuya d'abord le canon de l'arme, tenant le fusil à bout de bras par le milieu, puis il arma les chiens et mit de l'huile aux percuteurs. Fatigué de la position qu'il occupait, il plaça le fusil de telle façon que la crosse était serrée entre ses cuisses et le canon reposait sur sa main gauche. Dans cette position, l'arme était dirigée de bas en haut, son extrémité à la hauteur des yeux de sa femme, à une distance d'environ 30 cm. de son visage.

Il passa alors le chiffon sous les gâchettes et à cet instant les chiens se rabattirent.

La charge d'une cartouche oubliée par mégarde dans le canon vint frapper sa femme à l'œil droit.

S. ne put préciser la position exacte de sa femme à cet instant, notamment si elle était penchée sur sa couture ou si elle avait la tête relevée.

Les déclarations paraissaient en contradiction avec les constatations de l'autopsie. C'est pourquoi je fus invité à assister à la reconstitution de la scène par l'inculpé et à établir si ses déclarations pouvaient être admises comme vraisemblables.

Ayant repéré les différentes positions qu'avaient pu occuper S. et sa femme, je constatai que dans aucune position l'axe du canon prolongé ne produisait le trajet du coup de feu dans l'intérieur du crâne tel que je l'avais constaté à l'autopsie.

Pour reproduire ce trajet en ligne droite sur le prolongement de l'axe du canon, il fallait placer l'homme debout épaulant son fusil.

Je conclus donc que si les plombs avaient suivi un trajet rectiligne, il était inadmissible que le coup soit parti le fusil étant placé entre les jambes, le canon dirigé en haut suivant un angle de 2° à 30° avec l'horizontale. En effet, en tenant rigoureusement compte des conditions suivantes :

Plaie de l'œil sans lésion du rebord orbitaire ; traversée de l'orbite avec fracture des parois supérieure et interne ; quelle que soit l'inclinaison donnée à la tête par rapport à la direction du fusil, le trajet rectiligne des grains de plomb atteint non la partie supérieure du cou, mais la fosse occipitale, le cervelet, le lobe occipital du cerveau en épuisant son action en un point d'autant plus supérieur et d'autant plus rapproché du sommet que la tête est plus relevée.

Nous nous trouvions alors placés entre deux hypothèses :

L'assassinat, si on admettait que les grains de plomb avaient fait balle et suivi un trajet rectiligne en raison de la faible distance à laquelle le coup avait été tiré et

aussi de la force de pénétration du projectile, étant donné sa charge et la faible distance de l'arme.

L'*accident*, si on admettait que le coup de feu, ayant été tiré à bout portant et ayant fait balle, les plombs aient pu subir une déviation en masse à la rencontre de la base du crâne et prendre ainsi une direction angulaire oblique en bas par rapport à la première partie du trajet oblique en haut.

Je ne crus pas devoir me prononcer sur ces deux hypothèses et l'honorable expert-armurier, M. Gastine-Renette fut consulté sur ce point : à savoir si une déviation de la charge du fusil a pu se produire dans la traversée du crâne, étant donnée la distance à laquelle le coup avait été tiré.

Des expériences ayant été jugées nécessaires, nous y procédâmes de concert avec M. Gastine-Renette.

Ces expériences furent faites avec le fusil de l'inculpé, fusil de chasse du calibre de 16 millimètres et avec des cartouches identiques à celles qui avaient été saisies, contenant une charge de poudre de 4 gr. 50 et une charge de plomb de 29 chevrotines du poids de 29 gr. 50 avec bourre retournée.

Ainsi composées, ces munitions ont une force de pénétration très grande.

Nous notâmes que les cartouches étaient chargées très irrégulièrement ; les unes contenant de la grenaille de plomb de différentes grosseurs mâchée à la pince, les autres des grains de plomb irréguliers mélangés de balles.

Une première série d'expériences fut instituée pour établir la distance à laquelle le coup avait été tiré.

Le tir fut exécuté de 10 en 10 centimètres depuis 0.20 jusqu'à 1 mètre sur des cartons qui ont été conservés.

Les épreuves montrent des effets quelque peu variables de projection et de brûlure de poudre à la périphérie de l'orifice de pénétration des projectiles et des effets

variables de découpage par les projectiles agglomérés ; sur plusieurs d'entre elles les bourres ont fait balle, marquant leur empreinte comme un projectile isolé.

Jusqu'à 65 centimètres, le coup a fait balle c'est-à-dire que les projectiles sont restés agglomérés ; la silhouette de l'orifice reste assez régulièrement arrondie ; le carton est sectionné nettement, comme à l'emporte-pièce.

La brûlure résultant de la flamme qui s'échappe hors du canon en même temps que le projectile se manifeste jusqu'à cette même distance, mais ne reste bien limitée que jusqu'à 0,40 centimètres :

Jusqu'à 65 centimètres la crasse de poudre se répand sur le pourtour de l'orifice de pénétration en deux zones distinctes.

L'une *incrustée*, ne s'effaçant pas par le lavage, concentrique à l'orifice,

L'autre *déposée*, excentriquement sur une surface plus ou moins étendue disparaissant par le lavage.

Les rapports de ces deux zones entre elles au point de vue de leur étendue ne sont pas proportionnels à la distance et la zone excentrique peut varier suivant les coups, même à distance égale.

La zone concentrique d'incrustation cesse d'être répartie circulairement à partir de 0,40 centimètres.

— Dans une seconde série d'expériences nous étudîâmes les conditions de pénétration du projectile.

Plusieurs essais sur des cadavres d'animaux nous firent constater que des coups de feu tirés même à bout portant dans l'orbite amenaient toujours l'éclatement du crâne, mais jamais l'issue des projectiles au dehors. Une expérience fut instituée sur un cadavre humain. Dans cette expérience nous avons repéré avec soin les distances et la position que l'inculpé disait avoir occupées, les hauteurs réciproques du fusil et du sujet placé assis sur une chaise la tête en flexion moyenne, attitude normale

d'une personne travaillant à la couture, l'inclinaison du canon et la direction de l'arme, le fusil étant chargé avec une cartouche identique à celle de S. Le coup a été tiré à une distance de 20 cm.

Les résultats furent les suivants :

Plaie cavitaire noirâtre, taillée en emporte-pièce, ayant détruit la moitié externe des paupières et le globe de l'œil dans son tiers externe. Brûlure des cils et du sourcil. Brûlure superficielle de l'épiderme à l'angle orbitaire supéro-externe et sur la paupière supérieure, dépôt de charbon couvrant la moitié gauche de la face et du cou jusqu'à l'oreille. Dans une zone concentrique à la plaie sur une étendue de 3 centimètres, incrustation de la poudre formant tatouage. Pas de fractures du rebord orbitaire. Fractures multiples de la paroi inférieure de l'orbite avec effondrement du maxillaire supérieur et de l'extrémité postérieure de la paroi supérieure et interne.

Eclatement du crâne par discission de la base dans le sens antéro-postérieur se propageant à la voûte par quatre traits de fractures, deux antérieurs et deux postérieurs, tout l'étage moyen de la base du crâne est converti en une bouillie noirâtre jusqu'à la partie moyenne de l'apophyse basilaire, [entamant la moitié interne des rochers.

Dans cette zone, on retrouve plusieurs grains de plomb et des débris de bourre.

Du côté des parties molles du cerveau, on découvre seulement quelques trajets isolés de projectiles superficiels à la face inférieure du lobe occipital droit.

Le lobe droit du cervelet est complètement haché, le gauche ne présente que quelques trajets dans sa partie interne.

Fractures de l'atlas divisant l'arc antérieur en deux fragments.

Dilacération des muscles postérieurs du cou du côté droit dans leur tiers supérieur sur une hauteur de deux

centimètres. La plupart des grains de plomb déformés sont recueillis à ce niveau.

En résumé, grâce à l'habileté et à la précision du tir de M. Gastine-Renette, le coup tiré dans la position indiquée par l'inculpé put reproduire des lésions à peu près identiques à celles constatées à l'autopsie de la femme S.

Même plaie oculaire, avec brûlure des cils et de l'épiderme, même tatouage de la peau, même intégrité du rebord oculaire, même éclatement du crâne avec un mode de disjonction un peu différent, la division de la base étant antéro-postérieure au lieu d'être transversale : mêmes lésions des centres nerveux et des parties molles du cou descendant un peu moins bas comme limite inférieure. Mais ce qui présente un intérêt capital, c'est que les plombs ont pénétré en faisceau, qu'ils sont restés groupés et que l'écartement des plombs extrêmes à la limite profonde du trajet est d'environ huit centimètres.

D'autre part, en prolongeant la direction du canon suivant une ligne droite passant par le centre de l'orbite, dans l'attitude donnée au sujet, on voit que cette ligne viendrait toucher la paroi postérieure du crâne au-dessus de la protubérance occipitale interne, environ neuf centimètres au-dessus du plan de la face inférieure de l'occipital, traverserait le cerveau et un peu le cervelet, et, étant donné le faible écartement des projectiles, n'atteindrait ni la colonne cervicale, ni le cou.

Or d'après nos constatations, après avoir suivi un trajet rectiligne dans l'orbite, les projectiles ont brisé la base du crâne et fait éclater la voûte et ont ensuite suivi un trajet nettement oblique en bas par rapport au 1^{er} trajet, descendant huit centimètres plus bas que la limite inférieure d'un cône régulier à sommet orbitaire. La déviation des projectiles en bas, déviation angulaire en masse, représente un angle obtus ouvert en bas, par rapport à la première partie du trajet, angle qui atteint 30 à 35° par

rapport à la direction d'un trajet rectiligne prolongé.

Cette expérience, d'une importance capitale dans l'es-pèce qui nous était soumise, démontrait la possibilité d'une déviation en masse d'une charge de grains de plomb à travers le crâne et le cerveau.

Elle reproduisait les lésions constatées sur le cadavre de la femme S. et par suite nous amenait à conclure à la vraisemblance de système de l'inculpé quant à la position et à la direction de son arme, et par suite à la possibilité de l'accident. Le jury se rangea à notre avis et acquitta S. du chef d'assassinat.

Cette observation et les expériences que j'ai relatées présentent un intérêt tant au point de vue des caractères extérieurs des lésions, qu'aux conditions du trajet des grains de plomb à travers l'orbite et le crâne dans les coups de feu tirés à courte distance.

1^o) Au point de vue des caractères extérieurs des lésions :

Un coup de feu tiré avec une charge de grains de plomb donne jusqu'à 0,65 centimètres un orifice d'entrée unique. Jusqu'à cette distance, on observe des effets de brûlure d'incrustation et de dépôt de crasse de poudre. La brûlure, et l'incrustation sont variables suivant les coups avec des charges identiques tirées à la même distance et ne sauraient être prises pour bases de l'appréciation exacte de la distance à laquelle le coup a été tiré.

La seule affirmation assez précise que puisse donner l'expert en présence d'un coup de feu tiré à courte distance est la distance maxima à laquelle le coup cesse de faire balle.

2^o) Au point de vue du trajet du projectile :

Une charge de grains de plomb, tirée d'assez près pour que le coup fasse balle, ayant pénétré par l'orbite dans la cavité crânienne, ne suit pas nécessairement un

trajet rectiligne. Malgré la force de pénétration très grande d'une cartouche fortement chargée et ayant amené l'éclatement de la voute crânienne et le broiement de la base, les grains de plomb subissent une déviation.

Leur déviation ne se produit pas en divergeant, mais bien en masse et le faisceau conique qu'ils forment se dévie comme le feraient les rayons lumineux en traversant un prisme. L'angle qui représente cette déviation peut atteindre de 30 à 35°.

Les lois de cette déviation ne sauraient être nettement établies au point de vue physique. Il est certain que des influences complexes s'exercent pour la déterminer et qu'en ce qui concerne les tissus, il y a lieu de tenir peut être plus grand compte, dans cette déviation, de la résistance de la masse cérébrale homogène que de celle relativement faible des os minces de la base du crâne.

UN CAS D'ASPHYXIE PAR SUBMERSION

Observation communiquée, par MM. FRILLET, médecin-major de 1^{re} classe au 141^e de ligne, et DUFOUR, médecin expert près les tribunaux de Marseille, membre correspondant de la Société de médecine légale (1).

Le diagnostic de l'asphyxie par submersion quand celle-ci est récente et que la putréfaction n'est pas commencée est relativement facile ; en dehors des signes cutanés indiquant un séjour du corps plus ou moins long dans l'eau, l'aspect des poumons, que tous les auteurs signalent en pareil cas comme étant très volumineux, comme insufflés, spongieux et plus ou moins gorgés d'écumé, suffit au médecin légiste pour répondre par l'affirmative à la question qui lui est posée par le magistrat

(1) Cette communication a été lue dans la séance du 14 novembre 1904. (*Bulletin*, 1904, p. 219).

instructeur : la mort est-elle le résultat de la submersion ?

Mais lorsque le corps a séjourné dans l'eau pendant un temps assez long et que la putréfaction est déjà avancée, il est parfois difficile, sinon impossible, même après une autopsie minutieuse, de formuler des conclusions catégoriques et d'affirmer que la vie n'avait pas cessé au moment de la submersion et que celle-ci est bien la cause de la mort. C'est qu'en pareil cas, les signes pulmonaires se sont profondément modifiés et n'ont plus par suite la même valeur diagnostique.

L'observation suivante est un exemple des difficultés que les médecins peuvent rencontrer dans certaines circonstances et elle montre quelle réserve prudente ils doivent parfois garder dans leurs conclusions.

OBSERVATION. — Le sergent-fourrier L..., du 14^e régiment d'infanterie, sort de la caserne de Muy, à Marseille, le 7 janvier 1904 au soir. Huit jours après, le 15 janvier, à 8 heures du matin, son cadavre est retrouvé près de l'embarcadere de la place du Prado, revêtu de ses habits militaires : toutefois le képi, le ceinturon et le sabre-baïonnette manquent. L..., est transporté à l'amphithéâtre de l'hôpital militaire, et le lendemain matin nous en pratiquons l'autopsie, chacun de nous étant requis respectivement par l'autorité militaire et le parquet.

Voici les résultats de cette autopsie :

A. — *Examen extérieur.* — Le corps est celui d'un jeune homme vigoureusement constitué.

La putréfaction est déjà assez avancée sur la face, le thorax, l'abdomen, qui ont une coloration verte très marquée. L'état de ces régions contraste d'une façon saisissante avec celui des parties du corps sur lesquelles les vêtements sont restés exactement appliqués — tels les membres — et qui sont remarquables de blancheur et de conservation.

Les globes oculaires sont déchiquetés, surtout à gauche, les cavités orbitaires remplies de sable et de débris d'algues.

La partie inférieure du nez est aplatie.

La langue, en voie de putréfaction, fait saillie entre les arcades dentaires ; la bouche, les fosses nasales, sont pleines de sable.

Sur la région temporo-frontale gauche, et à la partie moyenne d'une ligne qui unirait la commissure supérieure du pavillon de l'oreille à l'apophyse orbitaire externe, on constate l'existence de deux orifices, arrondis, distants l'un de l'autre de 25 millimètres et mesurant exactement chacun huit millimètres de diamètre. La peau qui les entoure est absolument saine; et ne présente ni trace de brûlures, ni incrustations de grains de poudre. Il ne nous paraît pas un seul instant douteux que ces orifices ne soient des plaies par arme à feu (coups de revolver).

Sur le reste du corps aucune autre marque de violence. mais de très nombreuses excoriations résultant du ballonnement du cadavre contre les rochers.

Les membres sont souples ; l'épiderme des mains et des pieds, celui-là surtout, est blanc et ridé.

B. — Ouverture du corps. — 1° Tête — Les plaies par arme à feu relevées sur la région temporale gauche sont superficielles ; l'aponévrose temporale a été perforée et par cette ouverture la loge aponévrotique s'est remplie de sable. Il en est de même de la fosse zygomatique. Mais la paroi osseuse est intacte. La dissection du cuir chevelu et des parties molles de la face n'amène la découverte d'aucun projectile.

L'exploration des os du crâne révèle partout leur intégrité.

L'ouverture de la boîte crânienne montre les particularités suivantes :

a. — Hyperhémie générale des vaisseaux méningés, mais plus accentuée à gauche.

b. — Aspect normal du lobe droit du cerveau.

c. — Désorganisation de la substance cérébrale au niveau de la face inférieure du lobe temporal gauche ; présence dans la fosse sphéno-temporale d'une certaine quantité de sable et de plusieurs petites crevettes qui ont évidemment causé la détérioration des circonvolutions, qui vient d'être signalée.

Partout ailleurs l'encéphale est intact et nous faisons la même remarque en ce qui concerne le squelette de la cavité crânienne.

2° *Cou et thorax.* — Le cou et le larynx n'offrent rien de particulier.

Les plèvres contiennent chacune 150 grammes environ de sang fluide transsudé. Les poumons ne sont ni tuméfiés ni insufflés ; leur volume est au contraire sensiblement réduit. Ils présentent une coloration uniforme sans marbrures ni ecchymoses sous-pleurales.

La trachée et l'arbre bronchique jusqu'aux petites bronches contiennent du sable en abondance. A la coupe du parenchyme, ils'écoule un peu de sang noir, mais pas d'écume. Nous prélevons des fragments de poumons afin de rechercher s'il existe également du sable dans les plus petites ramifications bronchiques et dans les alvéoles.

Le péricarde renferme un peu de sang fluide exsudé. Le cœur est sain, ses cavités vides, les valvules normales.

3° *Abdomen.* — L'estomac est aplati et ses deux faces accolées. Il ne contient ni débris alimentaires, ni liquides, ni corps étrangers. Il en est de même du duodénum et des premières portions de l'intestin grêle.

Les autres organes n'offrent que des signes de putréfaction commençante.

C. — Conclusions. 1° La mort et la submersion du sergent L.... ne paraissent pas remonter au-delà de huit jours.

2° Les blessures observées sur la tempe gauche semblent avoir été produites par des balles de revolver du calibre de huit millimètres. Elles étaient par elles-mêmes légères et incapables d'entraîner la mort.

3° L'aspect de la région blessée, l'absence de brûlure de la peau et d'incrustations de grains de poudre, témoignent que les coups de feu ont été tirés à une distance de plus de 50 centimètres.

4° Les signes de l'asphyxie par submersion ne sont plus suffisamment caractérisés à cause de l'état de putréfaction pour affirmer avec certitude que l'immersion du corps a eu lieu pendant la vie.

Du reste, il convient de signaler la possibilité de la mort par inhibition comme cela a été observé quelque-

fois et sans qu'il en subsiste des traces appréciables.

5° Les résultats de l'autopsie n'ont pas une précision suffisante pour nous permettre d'affirmer s'il y a eu crime ou suicide ; il se pourrait fort bien que le sergent L.... étourdi par le choc des projectiles ayant perforé les parties molles de la tempe gauche, soit tombé ou ait été projeté dans l'eau. Mais c'est un point qui ne nous paraît devoir être clairement établi que par l'enquête judiciaire.

* * *

Notre rapport fut remis à l'autorité militaire et au parquet, qui le réclamaient d'urgence avant que les prélèvement de fragments des poumons eussent été examinés.

C'est M. le médecin-major de 1^{re} classe Simonin, agrégé du Val-de-Grâce, directeur du laboratoire de bactériologie de l'hôpital militaire de Marseille, qui voulut bien se charger de cet examen. Voici les termes dans lesquels il nous fit part du résultat de ses investigations :

« Je crois pouvoir affirmer la présence d'un sable va-
« seux, fin et noir, analogue par conséquent à celui qui
« se trouvait dans les les tissus mous, jusque dans les
« très fines ramifications bronchiques ; on y trouve en
« effet une substance solide, noire, sans forme détermi-
« née, grenue même au doigt, qui ne paraît pas se rap-
« porter à un élément anatomique. Le sujet aurait donc
« fait de fortes inspirations une fois immergé ».

Ces constatations furent portées à la connaissance des magistrats enquêteurs ; elles constituaient une présomption très grave de submersion *ante mortem* et diminuaient la valeur des réserves que nous avions faites sur ce point dans notre rapport.

Mais il y a dans cette observation d'autres particularités intéressantes sur lesquelles il nous paraît utile d'appeler l'attention.

C'est d'abord l'état de putréfaction assez avancée du cadavre au bout de huit jours seulement d'immersion dans l'eau de mer et par une température extérieure moyenne de 8 degrés au-dessus de zéro.

Si nous n'avions connu la date exacte de la disparition du sergent L..., l'examen de son cadavre rapproché des indications du tableau de Devergie, nous aurait conduits à affirmer un séjour dans l'eau de 15 jours au moins.

En effet, d'après Devergie la putréfaction en vert, débutant par la peau du sternum et celle de la face, comme nous l'avons observé dans le cas présent, aurait lieu, en hiver, du douzième au quinzième jour qui suit la submersion. Or, dans notre observation ces phénomènes de putréfaction existaient déjà au bout de huit jours d'immersion, soit après un laps de temps moitié moindre de celui indiqué par Devergie pour la production des mêmes signes. D'où il suit que le médecin légiste doit apporter certaines réserves quand il s'agit d'évaluer le temps pendant lequel un cadavre a séjourné dans l'eau. Il devra se souvenir également que les indications du tableau de Devergie n'ont rien d'absolu et que ses chiffres sont dans bien des cas passibles de réductions considérables.

Une autre constatation des plus importantes faite au cours de cette autopsie a trait à l'état des poumons. Ils étaient, avons-nous dit, affaissés, diminués de volume, leur face postérieure baignant dans une quantité notable de liquide transsudé et sanguinolent. Nous avons été surpris de rencontrer ces signes après huit jours seulement de submersion; nous nous attendions, en cette saison surtout, à trouver les poumons encore assez volumineux et présentant à peu de choses près les caractères qu'ils ont chez les noyés récents.

Notre observation prouve donc qu'il suffit d'un séjour relativement court dans l'eau, même dans la saison froide, pour voir disparaître les symptômes pulmonaires classiques de l'asphyxie par immersion, et pour observer

des poumons rapetissés et déjà envahis par la putréfaction. C'est là un point sur lequel les auteurs ne fournissent que de vagues renseignements.

En sorte que dans les cas de ce genre, la constatation, dans les dernières ramifications bronchiques et les alvéoles, de corps étrangers (liquide, sable, etc.), reste le seul signe à peu près certain de la submersion pendant la vie.

On a pu voir également à la lecture de notre rapport d'autopsie qu'à l'ouverture du crâne, nous avons trouvé dans la fosse sphéno-temporale gauche plusieurs petits crustacés qui avaient déjà détérioré les circonvolutions temporo-pariétales. Ces crevettes avaient d'abord dévoré les globes oculaires avant de pénétrer dans la cavité encéphalique. Or l'un de nous (D^r Dufour) a eu l'occasion d'observer d'autres cas où les yeux avaient été déchiquetés par les poissons ou autres animaux marins à l'exclusion des autres parties de la face.

La prédilection de ces animaux pour les globes oculaires a une certaine importance et doit être connue des médecins légistes.

En effet, en présence du corps d'un noyé dont les yeux sont déchiquetés, alors que les autres parties de la face sont saines, on pourrait être tenté de croire à des lésions traumatiques antérieures à la submersion, et songer par suite à des violences qui n'ont pas existé : la connaissance de la particularité précédente permettra au médecin d'éviter cette erreur.

Séance du 13 février 1905.

Présidence de M. le Dr MOTET.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté sans observations.

Se sont excusés de ne pouvoir assister à la séance : MM. A. Danet et Picqué.

M. le PRÉSIDENT adresse quelques mots de félicitations à M. le Dr Bordas, à l'occasion de la croix de chevalier de la Légion d'honneur qui vient de lui être décernée.

M. le SECRÉTAIRE GÉNÉRAL informe que, en dehors des publications que la Société reçoit régulièrement en échange de son *Bulletin* mensuel, il a reçu de la Faculté de médecine de Paris les trois thèses suivantes :

LECONTE (V.-J.) — *Etude médico-légale du sommeil*. — Suivant l'auteur, le dormeur ne percevant plus rien du monde extérieur, est à la merci de ce qui l'entoure et peut subir tous les attentats sur sa personne et notamment le viol. Une femme, qui en a l'habitude, peut subir le coït dans le sommeil sans en avoir conscience, du moins au début, alors il y a viol. Les actes des somnambules, qui agissent sans avoir conscience, doivent être assimilés à ceux des aliénés. — Le somnambulisme peut être simulé pour éviter certaines responsabilités ; il faut alors examiner l'hérédité et les antécédents du sujet et voir si la perte du souvenir existe au réveil, etc.

FRIEDEL (Fr.-G.) — *Les études médicales dans les pays anglo-saxons*. — L'auteur note dans ses conclusions que, en Angleterre, un médecin français ne peut s'établir et que, parmi les colonies anglaises, seule, l'Australie lui est ouverte. En Amérique, au contraire, un médecin français peut se présenter à l'examen pour la licence, délivrée après examen par une commission de praticiens, pour pouvoir exercer ; il se trouve ainsi placé sur le même pied que le docteur américain.

GODRON (Maurice). — *De la mort subite chez les enfants syphilitiques*. — Malgré le traitement, malgré l'augmentation

régulière du poids de l'enfant, il faut toujours se montrer réservé, dit l'auteur, dans le pronostic chez les nourrissons hérédo-syphilitiques; l'éventualité d'une mort subite est toujours possible.

M. le PRÉSIDENT donne ensuite la parole successivement à MM. Jacomy, Thoinot et Christian, qui lisent des rapports présentés au nom de la Commission des candidatures (1).

Candidats au titre de Membre titulaire.

Conformément aux conclusions des rapports respectifs de MM. Jacomy et Thoinot, seront présentés dans la séance du 13 mars prochain, les candidats dont les noms suivent :

a) Pour le siège laissé vacant par la mort de M. le conseiller Lefuel : M. DAYRAS, conseiller à la cour de Paris et M. ALBANEL, juge d'instruction au tribunal de la Seine.

b) Pour les sièges laissés vacants par la mort de MM. Ladreit de la Charrière et Gilles de la Tourette, et par la nomination de membre honoraire de M. Meignin : MM. COURTOIS-SUFFIT, médecin des hôpitaux de Paris, chef de service à la Maison municipale de santé, médecin en chef des manufactures de l'Etat ; — MAUCLAIRE, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux et chirurgien adjoint des Asiles de la Seine ; — BLIN, médecin en chef de l'Asile de Vaucluse.

Viennent ensuite, dans l'ordre alphabétique : MM. ANTHEAUME, médecin de la Maison nationale de Charenton ; — BALTHAZARD, agrégé de la Faculté de médecine de Paris et attaché à la chaire de médecine légale ; — LEVASSORT, docteur-médecin, délégué du Syndicat des médecins de la Seine ; — TOULOUSE, médecin en chef de l'Asile de Villejuif.

Candidats au titre de Membre correspondant.

Conformément aux conclusions du rapport de M. le Dr Christian, seront présentés dans la séance du 13 mars prochain les divers candidats dont les noms suivent :

(1) Cette commission s'est réunie une première fois le 17 janvier 1905 et, une seconde fois, le 13 février suivant, avant la séance pour examiner les diverses candidatures qui s'étaient produites depuis le 9 janvier jusqu'à ce jour.

Ressort de la cour de Nancy. — M. le Dr LÉON GARNIER, professeur de chimie à la faculté de médecine.

Ressort de la cour d'Angers. — M. le Dr JAGOT, professeur de clinique médicale à l'Ecole de médecine, secrétaire du Conseil départemental d'hygiène.

Ressort de la cour de Rouen. — M. le Dr LALLEMAND, directeur de l'Asile de Quatre-Mares, expert près les tribunaux.

Ressort de la cour de Douai. — M. le Dr Georges DUTILLEUL, de Lille, médecin expert près les tribunaux, auteur de nombreux rapports de médecine légale.

Ressort de la cour d'Orléans. — M. le Dr Paul ARCHAMBAULT, médecin en chef de l'hospice général de Tours, professeur suppléant à l'Ecole de médecine.

Ressort de la cour d'Amiens. — M. le Dr D'HARDIVILLER, professeur à l'Ecole de médecine d'Amiens, qui s'est spécialisé dans l'histologie ; — M. le Dr René CHARON, directeur de l'Asile de Dury-les-Amiens, expert près les tribunaux ; — M. le Dr M. ANDRÉ, médecin à Péronne, chirurgien de l'hôpital.

Ressort de la cour de Besançon. — M. le Dr BAUDIN, ancien médecin militaire, médecin en chef de l'Asile départemental du Doubs, expert près les tribunaux.

Ressort de la cour de Caen. — M. le Dr RAOUL LEROY, médecin en chef de l'Asile des aliénés criminels de Gaillon, expert près le tribunal d'Evreux.

ASPHYXIE PAR L'OXYDE DE CARBONE.

UN CAS DE SURVIE.

La discussion du *Rapport de M. le Dr Chassevant sur une question de survie* (affaire Tarbé des Sablons) à la suite d'une double asphyxie par l'oxyde de carbone, revenant à l'ordre du jour et personne ne demandant la parole, M. le Président met aux voix les conclusions de ce rapport (1), qui sont ainsi conçues :

(1) Se reporter à ce rapport dans le *Bulletin de la Société*, 1904, p. 203 à 218.

En matière de survie, spécialement, l'expert ne doit tenir compte que des faits d'une certitude absolue et écarter résolument toute preuve de probabilité, telle que :

a) Témoignages de personnes non compétentes ; — constatation, par de non-médecins, de l'existence des battements du cœur, du pouls, de mouvements respiratoires ; tous ceux qui ont approché des cadavres sachant d'ailleurs combien il est facile de s'illusionner à ce sujet ;

b) Toute hypothèse non basée sur des faits tangibles et scientifiquement démontrés : les analogies les plus vraisemblables pouvant amener à des résultats manifestement erronés.

Dans ces questions délicates, l'expert doit donc conclure avec une prudence extrême et laisser dans le doute absolu tout ce qu'il n'a pu constater d'une façon certaine. — Ni les présomptions médicales, ni les impressions testimoniales concordantes ne doivent l'inciter à affirmer l'ordre successif de plusieurs décès, alors qu'aucune preuve réelle ne vient corroborer ses impressions.

Ces conclusions, mises successivement aux voix, ont été adoptées à l'unanimité.

DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE CHEZ LES ALIÉNÉS.

Par suite de l'absence de M. le Dr Picqué, rapporteur de cette question, la discussion de son rapport est renvoyée à la séance du 13 mars prochain..

DES ANESTHÉSQUES ET DE LA RADIOGRAPHIE DANS LES EXPERTISES

M. le PRÉSIDENT donne alors la parole à M. le Dr Granjux pour une communication.

M. le Dr GRANJUX s'exprime en ces termes :

Messieurs,

A notre dernière séance, quand M. G. Brouardel nous eut communiqué une très intéressante observation d'anévrysme post-traumatique de l'aorte, qui ne fut décelé que par la radiographie, j'ai demandé si ce moyen de

diagnostic pouvait être imposé aux accidentés du travail. Immédiatement, plusieurs de nos collègues firent connaître leur sentiment, et devant l'intérêt que la Société semblait prendre à la question, vous avez bien voulu me charger de vous présenter un exposé méthodique qui pût servir de point de départ à la discussion (1). C'est ce que je vais avoir l'honneur de faire.

Dans les expertises médico-militaires, sont seuls autorisés les moyens d'exploration exempts d'inconvénients. L'usage du chloroforme, notamment, est défendu. L'instruction du 31 janvier 1902, qui régit la matière, s'exprime ainsi (2) :

« On peut, pour cet examen, recourir à tous les moyens d'exploration exempts d'inconvénients, tels que rubans métriques, balances, stéthoscopes, optomètres, ophtalmoscopes, otoscopes et autres n'exigeant pas une action chirurgicale. « L'emploi des mydriatiques, reconnu inoffensif, est autorisé. « L'usage des anesthésiques est interdit. »

Quand j'ai rappelé dans la dernière séance cette défense, notre collègue, M. le Dr Picqué, l'a critiquée vivement et a réclamé pour l'expert le droit de recourir aux anesthésiques pour asseoir son diagnostic.

Il m'a semblé — en me rapportant aux derniers traités relatifs aux accidents du travail — que l'opinion de M. Picqué était loin d'être adoptée par les experts.

MM. les docteurs Olive et Le Meignen, dans le « Précis des accidents du travail », que M. le président Benoit

(1) Voir plus haut (p. 13 à 17) la communication de M. Georges Brouardel sus-visée.

(2) Instruction sur l'aptitude physique au service militaire. (Lavan-zelle, p. 6).

vous a présenté dans une de nos dernières séances (1), s'expriment ainsi :

« La chloroformisation, toute utile qu'elle puisse être, ne pourra être employée qu'avec l'assentiment du sujet observé, assentiment qu'on fera bien de se faire donner par écrit. Il sera même bon de prévenir l'avoué de la partie examinée (2). »

On peut objecter que MM. Ollive et Le Meignen sont des médecins des hôpitaux et qu'ils redoutent d'autant plus le chloroforme qu'ils ont moins souvent occasion de l'employer. On ne saurait opposer les mêmes réserves au Dr Forgeue, professeur de clinique chirurgicale, et à son agrégé Jeaubrau ; cependant, ils ne sont pas moins affirmatifs.

« L'anesthésie générale—disent-ils—est un excellent moyen pour dépister la simulation d'une paralysie, d'une contraction, d'une ankylose, d'une surdi-mutité. Mais les experts demanderont au malade et à son avoué un consentement écrit. En aucun cas, ils ne devront avoir recours à ce moyen d'examen, sans avoir demandé l'autorisation à l'intéressé et sans avoir averti sa famille. Cette question a été jugée dans ce sens par le conseil de Préfecture de la Seine en 1889. En cas de refus du blessé, les experts pourront mentionner dans leur rapport l'importance de l'examen pendant le sommeil anesthésique, qui est le seul moyen, dans certains cas, d'affirmer qu'il n'y a pas de simulation » (3).

Dans cette dernière phrase se trouve en germe la théorie émise par un de nos collègues, à savoir que c'est à l'accidenté à faire la preuve de la réalité du dommage dont il se plaint, et que s'il refuse de se prêter à l'expertise, c'est au juge de faire état de ce refus.

Le côté juridique de cette thèse nous échappe totale-

(1) *Bulletin de la Société*, 1904, p. 252.

(2) *Précis des accidents du travail. Médecine légale. Jurisprudence* (p. 425. De Rudeval, Paris, 1905).

(3) *Guide pratique du médecin dans les accidents du travail, leurs suites médicales et judiciaires* (p. 230. Masson, 1905).

ment, mais il nous semble bien difficile que le juge puisse reprocher à un plaideur de ne pas vouloir subir, dans l'intérêt de la vérité, un examen qui peut lui coûter la vie.

Voilà donc, du fait de la discussion qui a eu lieu dans la précédente séance, une première série de questions de principes soumis à votre appréciation :

1° A-t-on le droit d'imposer aux accidentés du travail un mode d'exploration qui n'est pas exempt de danger ?

2° Le chloroforme, notamment, peut-il être employé par l'expert, et, dans ce cas, quelles sont les précautions légales à prendre ?

3° Peut on faire état contre un accidenté de son refus de se prêter à un examen non exempt de danger ou d'inconvénients ?



Ces divers points résolus, le terrain sera fort déblayé en ce qui concerne la radiographie, dont le rôle dans les expertises grandit chaque jour. Les médecins des compagnies d'assurances la *réclament*. Le mot a été prononcé au 3^e Congrès international des médecins des Compagnies d'assurances de 1903, par M. Bécclère, qui s'est exprimé ainsi :

« Il serait désirable que la plupart des candidats à l'assurance fussent soumis aux rayons X et il est permis de supposer que les progrès de la technique et la diffusion de cette précieuse méthode d'examen en généraliseront, à l'avenir, l'emploi. Mais, dès maintenant, il est indispensable que les Compagnies d'assurances réclament l'examen radioscopique lorsqu'il s'agit d'assurances importantes, ou lorsque le médecin expert considère le cas comme douteux » (1).

(1) III^e Cong. intern. des médecins des Cies d'assurances, réuni à Paris du 25 au 28 mai 1903. (Procès-verbaux des séances, p. 81. Masson.)

M. Siredey parla dans le même sens, et le Congrès émit un vœu en faveur de l'emploi de la radioscopie en cas de doute.

Les experts près les tribunaux paraissent encore plus radicaux en fait de radiographie que les médecins des Compagnies d'assurances. Ceux-ci la réclamaient, ceux-là affirment leur droit de la faire.

Dans ses leçons sur « les accidents du travail », M. le professeur agrégé Thoinot s'exprime ainsi dans le chapitre de l'expertise :

« Il vous est loisible de faire ou de prescrire toute recherche spéciale que vous jugez nécessaire pour la manifestation de la vérité, telle qu'analyse détaillée des urines, radioscopie ou radiographie, examen électrique, etc. (1).

Ollive et Le Meignen disent :

« Il pourra arriver que les médecins experts soient obligés d'avoir recours à un spécialiste : radiographe, électricien, ophtalmologiste, otologiste. Quelquefois, le jugement leur donnera explicitement le droit de le faire ; mais, en tout cas, cette faculté leur est toujours reconnue implicitement, puisqu'ils doivent s'entourer de tous les renseignements nécessaires à l'accomplissement de leur mission » (2).

Forgue et Jeanbrau écrivent :

L'expertise devant donner le plus de garanties de certitude scientifique possible, les experts pratiqueront ou feront pratiquer l'examen radiographique du blessé. Une épreuve du radiogramme sera annexée au rapport. Si les parties ne voulaient pas en supporter les frais, les experts noteraient dans les rapports qu'ils ont demandé la radiographie, mais que celle-ci a été refusée par les plaideurs » (3).

Si les experts pensent, avec MM. Ollive et Meignen, que l'obligation de s'entourer de tous les renseignements

(1) Les accidents du travail et les affections médicales d'origine traumatique. (Doin, 1904, p. 74).

(2) *Loc. cit.*, p. 416

(3) *Loc. cit.*, p. 229.

nécessaires à l'accomplissement de leur mission les autorise implicitement à employer la radiographie, c'est, sans doute, qu'ils estiment cette méthode d'examen sans danger pour le patient, sans responsabilité pour le médecin.

L'innocuité des rayons X, si tant est qu'elle soit absolue, est de date récente. Il est certain que les accidents, fréquents au début, sont devenus de plus en plus rares, et il est intéressant de voir, dans les auteurs, progressivement disparaître les réserves.

En 1902, dans leur « Manuel de diagnostie médical », les professeurs Spillmann et Haushalter recommandent d'éviter les lésions cutanées, épilation, dermites (p. 160). La même année, dans ses leçons de pathologie générale professées à la Faculté de médecine de l'aris, M. Achard s'exprime ainsi (1) :

« L'application des rayons X n'est pas toujours inoffensive ; le malade et l'opérateur peuvent ressentir des accidents qui leur sont imputables.

« Chez les opérés, la dermatite a des allures plus aiguës et plus graves, l'érythème va jusqu'à la desquamation et à l'eschare.

« Elle a été observée sur les mains, plus souvent au thorax, par suite de la longue durée du temps de pose au début, alors que la technique était imparfaite. Les accidents ressemblent beaucoup à des brûlures. La chute des poils accompagne les lésions cutanées : on a pu voir des sujets, à la suite de radiographies du crâne, être atteints de calvitie partielles.

« Les érythèmes d'origine radiographique offrent cette particularité remarquable qu'ils sont lents à apparaître ; ils sont précédés d'une période d'incubation et ne se montrent généralement qu'au bout de trois ou quatre jours ; ils peuvent même, par exception, ne survenir que plusieurs se-

(4) Ch. ACHARD. — Nouveaux procédés d'exploration (Masson, 1902 p. 31 et suiv.).

maines après la séance d'exposition aux rayons de Röntgen.

« Ces troubles cutanés peuvent s'accompagner de symptômes viséaux : MM. G. Seguy et Quenisset, Ausset, ont vu, après les séances, les malades accuser de l'angoisse, des palpitations, de l'arythmie, des nausées, des vomissements et des troubles de la vue. »

M. Achard insiste sur les précautions à prendre pour éviter ces accidents, et termine ses recommandations en ces termes : « On peut donc, avec des précautions, éviter ces accidents : à mesure que la technique se perfectionne, ils sont de plus en plus rares. »

Les spécialistes sont allés plus loin dans cette voie, et voici ce qu'écrit Kocher, après avoir décrit les accidents des aux rayons X ;

« Nous devons cependant nous hâter d'ajouter que les divers accidents que nous venons de passer en revue sont toujours le résultat de l'inexpérience ou de l'imprudence de l'opérateur. Nous connaissons aujourd'hui, d'une façon suffisante, les conditions d'éclosion de ces accidents, pour qu'il nous soit facile de les éviter » (1).

Cette déclaration, qui est en italique dans le texte, pour en souligner l'importance, porte peut-être moins du fait qu'elle est suivie des phrases suivantes, qui nous semblent un peu restrictives :

« Les accidents imputables aux rayons X se développent sous l'influence de causes multiples, inhérentes, tantôt à une sorte de résistance moindre individuelle, tantôt à l'appareillage employé, tantôt à des conditions ambiantes.

« Au point de vue de la prédisposition individuelle, on a remarqué que les personnes à peau délicate et prompte à la pigmentation réactionnelle de défense, sont plus sensibles à l'action radio-active des rayons X. Il en serait de même des vieillards, des malades cachectisés, des personnes faibles. de certaines régions du corps (genoux, articulations). »

(1) Précis de radiologie médicale. (Baillière, 1905, p. 185.)

Nous ne savons quel accueil la Société de médecine légale fera à cette proposition : que tout accident radiographique est imputable à l'opérateur, mais l'expérience de trente-cinq années d'exercice de la médecine nous oblige à faire des réserves contre cet absolutisme. En médecine, il n'y a pas, croyons-nous, de règle sans exception ; on doit toujours compter avec l'individualisme du patient, avec ce *quid ignotum* de la nature que nous qualifions d'idiosyncrasie, avec l'auto-suggestion, avec les surprises de l'hystérie, etc., etc. Plus on avance dans la vie médicale, plus l'on devient prudent et réservé.

Ces réserves, nous les faisons, en outre, parce que les échos de condamnation de confrères, qui avaient pris cependant toutes les précautions voulues, sont à peine éteints. Voici, dans cet ordre d'idées, ce qu'a écrit M. le professeur agrégé Achard :

« Ce n'est pas seulement parce qu'ils (les rayons X) provoquent des troubles plus ou moins désagréables, chez l'opérateur ou chez l'opéré, qu'on doit s'attacher à les éviter, mais aussi parce qu'ils peuvent être l'origine de récriminations fâcheuses de la part des malades à l'égard des radiographes. L'un de ces derniers n'a-t-il pas été condamné récemment à indemniser la victime d'une brûlure radiographique, malgré les conclusions des experts médicaux qui écartaient toute imprudence de sa part » (1).

(1) *Loc. cit.*, p. 34. — Jugements du tribunal de la Seine (4^e ch.), 5 janvier 1901 ; 1^{re} ch., 20 mars 1899 et 8 mars 1901.

Le premier de ces jugements (5 janvier 1901) décide qu'il n'appartient pas aux tribunaux de rechercher si la radiographie peut être employée dans le traitement d'une maladie (dans l'espèce, des névralgies faciales) ; qu'ils ne peuvent être juges de l'opportunité ni de l'efficacité des traitements médicaux ou autres, appliqués aux malades, ni s'immiscer dans des questions scientifiques dont l'examen et la solution sont laissés à la conscience et à la capacité des médecins traitants.

« Mais il en est autrement — ajoute le jugement du 5 janvier 1901 — si une faute lourde, témoignant d'une négligence, d'une maladresse, d'une inexpérience manifestes, est alléguée contre le médecin, ou contre son préposé, dont il est civilement responsable. Dès lors, le tribunal doit autoriser la preuve... »

C'est, par application de ces principes et contrairement, il est

Et cette condamnation du radiographe innocent nous remet en mémoire ces paroles du professeur Brouardel, à propos de la responsabilité de l'expert :

« Si j'avais fait cette leçon il y a trois mois, je vous aurais dit que l'expert n'avait qu'une responsabilité morale, considérable il est vrai, mais toute morale. « Depuis le 26 février 1897, l'expert aurait une responsabilité civile, si le jugement rendu par le tribunal civil de Saint-Nazaire devait faire jurisprudence » (1).

* * *

De ce que nous venons de voir découlent ces deux questions préjudicielles

1° La radiographie est-elle, à l'heure actuelle, exempte de dangers ?

2° Si des accidents se présentent consécutivement, sont-ils toujours imputables à l'opérateur ?

Ces points élucidés, il sera facile, croyons-nous, de répondre à la demande que nous avons faite :

« Peut-on, à l'heure actuelle, imposer aux accidentés du travail l'examen par les rayons de Roentgen ? ».

Tels sont, Messieurs, les divers points de vue sous lesquels se présente cette question. Pour la traiter, il faut le concours des éléments si divers et si compétents dont se compose notre Société. Il semble donc, et ce sera notre conclusion, qu'il y aurait lieu de nommer une

vrai, aux appréciations de l'expert commis, que le tribunal de la Seine, dans son jugement du 8 mars 1901, a déclaré : « Commet une faute engageant sa responsabilité le médecin dirigeant un établissement spécial de radiographie qui, en l'absence de tous les moyens scientifiques de préservation alors connus de tous les radiographes, soumet, dans des conditions d'installation défectueuses, un malade à des poses trop prolongées et trop fréquentes et renouvelle ces poses, alors qu'il constatait des traces irrémédiables de brûlures produites par une séance antérieure... »

(1) La responsabilité médicale. Baillière, 1898, p. 282.

commission pour étudier ce problème, si intéressant et tout d'actualité.

M. LE PRÉSIDENT remercie M. le Dr Granjux de son intéressante communication.

M. MARCEL BRIAND pense qu'il ne faut pas mettre sur le même plan, le chloroforme et les rayons X. En effet, tandis que les accidents occasionnés par le chloroforme sont ou insignifiants ou mortels et souvent indépendants de l'habileté de l'opérateur, les rayons X deviennent de plus en plus faciles à manier, au fur et à mesure qu'on les connaît mieux, n'occasionnent que des accidents peu graves et ne mettent pas en danger les jours de l'opéré, à la condition que le maniement en soit confié à des opérateurs prudents et expérimentés.

M. ROCHER ne croit pas que les rayons X soient inoffensifs ; il cite l'exemple d'une femme chez laquelle ils ont produit une brûlure, étendue de la hanche jusqu'à l'épaule. Cet accident a donné lieu à un procès qui s'est terminé par la condamnation du médecin, malgré l'intervention du professeur Brouardel lequel a fait connaître que l'expérimentateur n'avait commis aucune imprudence (1).

M. CHASSEVANT. — Il existe certaines idiosyncrasies qui font qu'on n'est jamais certain de ne pas avoir d'accident quand on manie les rayons X. Je connais un praticien chez lequel ils ont produit à la longue des troubles de nutrition d'une certaine gravité et qui est aujourd'hui menacé de perdre un ou deux doigts. Je reconnais cependant, avec M. Briand, que ces accidents sont ordinairement bénins et se bornent à une simple dermite exfoliatrice de la main. Je l'ai constatée chez des expérimentateurs ayant cependant l'habitude de se servir de gants de caoutchouc enduits de sulfate de baryte.

M. GRANJUX. — Dans ma communication, j'ai eu soin de séparer les deux méthodes : chloroformisation et rayons X. Il pourra en être de même dans les conclusions auxquelles aboutira la discussion.

(1) M. Rocher fait ici allusion au procès jugé par le tribunal de la Seine du 8 mars 1901, dont le résumé se trouve plus haut (p. 47 en note).

Après cet échange d'observations, la Société décide de renvoyer la communication de M. le Dr Granjux à une Commission qui sera ainsi composée :

Commission : MM. Briand, Chassevant, Dubost, Granjux, Jacomy, Rocher, Picqué et Thibierge.

ACTION CIVILE EN CINQ MILLE FRANCS DE DOMMAGES ET INTÉRÊTS

INTENTÉE SOLIDAIREMENT A UN JUGE D'INSTRUCTION,
ET A UN MÉDECIN EXPERT, PAR UN PRÉVENU RE-
CONNU COMME ALIÉNÉ, PUIS INTERNÉ, ET PRÉTENDANT
AVOIR ÉTÉ ARBITRAIREMENT SÉQUESTRÉ.

M. le Dr LEGRAS s'exprime en ces termes :

Messieurs,

Il y a trois ans, au commencement de l'année 1902, j'ai été victime d'un incident professionnel qui dépasse de beaucoup ma très humble personnalité. Il a une portée générale, car il peut s'abattre à tout instant sur chaque médecin expert : *hodie mihi, cras tibi*. J'ai donc cru de mon devoir de l'exposer devant la Société de Médecine légale ; seulement, avant de le faire connaître, il m'a semblé indispensable d'attendre que la solution juridique qu'il comportait fut intervenue. Or, le jugement, entièrement à mon avantage, vient d'être rendu ; aussi je m'empresse d'acquitter la dette morale que j'avais volontairement contractée envers la Société. Voici le fait (1).

(1) Le jugement rendu par la 1^{re} Chambre du tribunal de la Seine, à la date du 16 novembre 1904, est ainsi conçu :

« Attendu qu'il n'est pas établi que, dans l'accomplissement de sa mission, le Dr Legras ait commis une faute susceptible d'engager sa responsabilité civile ;

« Qu'il a procédé dans les conditions les plus régulières à l'examen médical de X., et qu'en admettant même, ainsi que l'allègue X, qu'il n'ait pas spécialement étudié les documents parlementaires dont se

En 1901, au mois de mars, je fus chargé, par un des magistrats instructeurs du Parquet de la Seine, de procéder à l'examen mental d'un sieur X., inculpé de bris de clôture. X donnait comme mobile de son acte délictueux qu'il avait subi un préjudice matériel dans un concours ouvert par un des ministères de l'État : et, qu'en poursuivant vainement la réparation depuis de nombreuses années, il avait résolu d'attirer sur lui l'attention publique, et de se faire traduire devant les tribunaux, où il pourrait donner à ses revendications toute la publicité désirable. X., après examen médical, fut reconnu comme ayant agi sous l'influence d'un état psychique qui ne permettait pas de lui demander compte de sa conduite. Il bénéficia d'une ordonnance de non-lieu, et la liberté lui fut rendue.

A quelque temps de là, neuf mois plus tard, X. renouvela son délit, identiquement semblable au premier, et dans sa conception et dans sa modalité d'exécution ; Derechef, X. fut traduit devant un juge d'instruction, qui n'était pas le même que précédemment, et je fus chargé de procéder à un nouvel examen médico-légal. Je constatai, cette fois-ci, que l'état mental de X. avait subi des modifications, qu'il s'était accentué ; et trouvant X. malade, je proposai au magistrat informateur un internement dans un asile spécial. Ma conclusion fut acceptée par le juge.

X. était à peine interné depuis quelques jours que son avocat adressa au ministre de l'intérieur de l'époque, par la voie d'un journal répandu, une lettre dans laquelle

prévalait le demandeur, (a) cette circonstance ne saurait constituer une faute et le rendre passible des dispositions de l'article 1382 du code civil, alors que X. n'établit pas que les susdits documents fussent de nature à modifier les résultats de l'expertise ;

« Par ces motifs : Déclare X., mal fondé dans sa demande, l'en déboute et le condamne aux dépens. »

(a) Ces prétendus documents parlementaires étaient les pétitions de X, envoyées au Parlement et les rapports divers dont ils avaient fait l'objet.

le il dénonçait ce qu'il qualifiait de séquestration arbitraire de son client. Le ministre répondit par la même voie qu'il allait donner l'ordre de faire examiner X. par un médecin inspecteur des asiles. Celui-ci rendit visite au malade et, constatant une amélioration dans la situation mentale, il proposa de le mettre en liberté. C'est ce qui eut lieu.

X., une fois sorti de l'asile, se retourna contre le juge d'instruction et le médecin expert ; puis assisté toujours du même avocat, il les attaqua tous les deux, en conciliation, devant la Justice de Paix ; mais ceux-ci s'abstinrent de se faire représenter. Les hostilités commençaient donc, et la bataille s'engagea. X, s'appuyant sur l'article 1382 du code civil, actionna *solidairement* le magistrat et le médecin-expert, devant le tribunal civil, en cinq mille francs de dommages et intérêts.

Je crois superflu d'insister sur les clameurs injurieuses que, suivant la coutume, la prétendue séquestration arbitraire souleva contre nous dans une certaine presse ; car, malgré le tapage dont on les entoura, elles ne purent jamais atteindre jusqu'à la hauteur de notre mépris. Mais il me semble nécessaire de signaler à la Société la perplexité dans laquelle je me suis trouvé, ne découvrant pas de précédents judiciaires susceptibles de me guider. Que devais-je faire ? Fallait-il répondre à l'attaque par une complète indifférence ? Fallait-il suivre l'adversaire sur le terrain où il s'était placé ? Fallait-il enfin, puisque solidaire, me conformer à la conduite du magistrat instructeur, qui attendait que l'affaire se déroulât ? Je ne savais que résoudre, et je demeurai longtemps indécis. Cependant, après enquête auprès de personnalités éminentes, je me décidai à constituer avoué, et à confier à un avocat la défense de mes intérêts. M^e Paul-Boucour a bien voulu s'en charger, et je tiens à l'en remercier ici chaleureusement.

Vous connaissez maintenant, Messieurs, l'historique

de l'incident qui m'a paru n'être pas indigne de l'attention de la Société. Au-dessus de la question connexe de la responsabilité civile du médecin-expert, il évoque celle de la solidarité juridique du magistrat instructeur et du médecin expert commis par lui. C'est, m'a-t-on dit, un sujet qui n'aurait pas été discuté jusqu'à présent, qui surgirait pour la première fois, et sur lequel, conséquemment, la jurisprudence serait muette. J'estime donc que la Société de médecine légale de France, plus que tout autre centre d'études, est en situation de donner à cette question la solution à la fois scientifique et pratique qu'elle comporte.

M. VALLON. — Ce qui est intéressant dans l'affaire, c'est que si M. Legras n'avait pas constitué avoué, il aurait probablement été condamné par défaut.

M. GARNIER croit que M. Legras n'aurait pu être condamné parce qu'il était poursuivi solidairement avec un juge d'instruction contre lequel le Procureur de la République n'aurait pu requérir.

M. LEREDU. — Comme en matière civile le substitut n'a pas à requérir, il est probable que le Dr Legras aurait été condamné par défaut.

M. GARNIER expose qu'il est poursuivi dans des conditions analogues en compagnie de plusieurs autres experts et notamment du doyen de la Faculté de médecine. Il ajoute que, si la jurisprudence est impuissante à épargner aux experts des avanies de cette nature, leur recrutement deviendra de plus en plus difficile et les expertises risqueront alors de tomber en les mains de personnalités du concours desquels la justice pourrait ne pas avoir à se louer.

M. VALLON comprend d'autant moins la prise à partie d'un expert que le magistrat n'est jamais lié par les conclusions de l'expertise. Celle-ci a pour unique but de lui fournir des éléments d'appréciation dont il tient ou ne tient pas compte. L'expert ne doit donc jamais être tenu pour responsable des décisions du juge. Il ajoute que, convaincu de son bon droit, il ne répondra pas à une citation qu'il a reçue dans des conditions analogues.

M. ROCHER. — Il ne suffit pas d'être convaincu de son droit, il faut encore faire passer cette conviction dans l'esprit du tribunal et, par conséquent, se défendre par la procédure habituelle.

M. LEREDU. — L'expert, pris abusivement à partie, a toujours la ressource de formuler une demande reconventionnelle en dommages-intérêts.

M. GARNIER. — Ce sont, le plus souvent, des aliénés indigents qui nous poursuivent. Et d'ailleurs, moins que personne, un médecin aliéniste ne peut poursuivre un aliéné qu'il a lui-même déclaré irresponsable.

M. CONSTANT. — Le premier soin quand on est poursuivi civilement est de constituer avoué, sinon le Président du Tribunal, qui ne connaît encore rien de l'affaire, ne peut se refuser à signer le placet qui amènera l'inscription au rôle. Si la personne poursuivie fait défaut, elle ne peut qu'être condamnée, ce qui complique encore les difficultés qu'elle désirait éviter, puis qu'il lui faudra former opposition à ce jugement par défaut pour éviter qu'il devienne définitif.

LE PRÉSIDENT décide que la discussion restera à l'ordre du jour de la prochaine séance.

M. le Dr LUTAUD présente au nom de M. le Dr N. Stoenesco (de Bucarest), membre correspondant de la Société, le mémoire suivant.

DIAGNOSTIC DE LA SUBMERSION

PAR

L'ÉTUDE CRYOSCOPIQUE DU SANG DES NOYÉS

Dans un travail antérieur, fait dans le laboratoire de médecine légale de Paris et présenté à la *Société de médecine légale de France*, à la séance du 10 novembre 1902, nous avons exposé les résultats de nos recherches sur la cryoscopie du sang chez les noyés (1).

(1) Se reporter au texte de ce travail dans le *Bulletin de la Société*, t. XVII, p. 177 à 181.

Par ce travail nous avons conclu : « que la différence de concentration du sang chez les noyés fait la base du diagnostic. Cette différence est bien établie par la cryoscopie, qui est un procédé simple, prompt et sûr et qui doit être préféré à toutes les autres déterminations. La preuve cryoscopique peut apporter de grands services à la médecine légale, pour étudier les questions qui sont en relation avec la submersion. »

Les conclusions auxquelles nous étions arrivés, étant favorables, nous ont amené à contrôler le principe de la cryoscopie en l'appliquant chaque fois que nous aurions un individu noyé dans l'eau. Or, ceci nous était imposé d'autant plus que, dans notre travail antérieur, nous n'avions pas pu contrôler la cryoscopie sur le sang humain, mais seulement sur le sang des animaux submergés expérimentalement et nous avons cru devoir chercher quelle est la vraie valeur médico-légale de ce moyen de diagnostic, appliqué sur le sang humain.

Dans le cours de ces deux dernières années, on a transporté à l'Institut médico-légal de Bucarest, dirigé par le professeur M. Minowici, quinze cadavres d'individus retirés de l'eau, dont la cause de mort devait être diagnostiquée. Eh bien ! nous avons cherché à établir chez tous ces cadavres la différence de concentration du sang du cœur comme moyen de diagnostic de la submersion dans l'eau.

Mais, cette fois-ci, nous avons essayé de pousser nos moyens d'investigation plus loin : quand nous avons pu trouver du sang, nous avons fait la cryoscopie des liquides et des diverses transudations trouvés dans les cavités, comme par exemple celui de la cavité pleurale, péricardique, et aussi la cryoscopie du liquide céphalo-rachidien, afin de nous rendre compte des rapports qui existent entre la concentration de ces liquides et celle du sang après la submersion, et en même temps de voir et de contrôler s'il n'est pas possible d'établir un autre

moyen de diagnostic, d'après ce que le docteur Rewensdorf, de Hambourg, a soutenu.

Notre travail est divisé en deux parties. Dans la première nous exposerons les résultats obtenus par la cryoscopie du sang du cœur chez les cadavres humains, et dans la deuxième nous ferons voir les résultats obtenus par la cryoscopie des autres liquides trouvés dans les corps des noyés.

Ces liquides ont été recueillis pendant l'autopsie, dans une quantité aussi grande que possible et mis dans des éprouvettes bouchonnées de bouchons en caoutchouc et la recherche du Δ a été faite le plus vite possible.

Les expériences ont été pratiquées sur des cadavres d'individus trouvés dans une eau courante (Dambovitza et Sabaru), dans un lac (Herestren et Fhei) et sur un cadavre trouvé dans un puits (le puits abandonné de Cotroceni).

Les résultats de ces recherches sont réunis dans les tableaux I (a. b.) et II.

Il ressort de ces tableaux que, pendant l'année 1903, il nous a été donné d'observer dix cas de noyés dans de l'eau courante (Dambovitza et Sabaru). On a pu rechercher le Δ seulement chez sept de ses cadavres ; chez les autres trois, à cause de la putréfaction avancée, la valeur du Δ n'a pu être établie.

Au cours de l'année 1904, les cas de submersion dans l'eau ont été peu nombreux et leur démonstration peu claire, à cause de la non-existence de l'élément nécessaire, c'est-à-dire du sang, dans le cœur des cadavres.

Je crois devoir anticiper ici et montrer que la putréfaction est aussi, dans ces recherches, le grand ennemi des expertises médico-légales, parce qu'elle s'oppose à pouvoir établir la valeur du Δ dans les cas de submer-

sion. La putréfaction, aussitôt qu'elle apparaît, pousse, par l'intermédiaire des gaz qui se développent dans l'abdomen, le sang qui se trouve dans le cœur, et rend inapplicable la méthode cryoscopique.

A présent si, de ces quinze cas qui ont été présentés dans ces deux dernières années, nous considérons seulement ceux dans lesquels nous avons trouvé du sang dans le cœur, et par conséquent nous avons pu établir la valeur du Δ , on voit que les résultats ont été différents et doivent être divisés en deux groupes (1).

Ainsi le premier groupe comprend les cas 1, 2, 3, 4, 5, 6, 11, et 12, chez lesquels le Δ du sang du cœur gauche a été plus petit que celui du cœur droit ; et le second groupe comprend les cas 7 et 13, chez lesquels les résultats ont été négatifs, c'est-à-dire le Δ du sang du cœur gauche est plus grand que celui du cœur droit.

Dans l'un de ces derniers cas, comme dans le cas 7, nous ne savons pas si le résultat négatif ne pourrait être attribué à ce que la femme ayant été retirée de l'eau en donnant encore quelques signes de vie (morte pendant son transport à l'hôpital), il est possible que la continuation de la respiration, quoique superficielle, ait contribué à réégaliser la concentration moléculaire du sang dans le cœur.

En tout cas, nous devons enregistrer le fait que la recherche cryoscopique du sang chez les noyés nous a donné un résultat négatif, alors même que le cadavre était bien conservé.

Mais, en ce qui concerne les résultats obtenus dans les cas du premier groupe (1, 2, 3, 4, 5, 6, 11 et 12), ils sont assez satisfaisants et si nous cherchons la moyenne, nous en trouvons 55 pour 100, chez lesquels le diagnostic de la submersion dans l'eau par le moyen d'établir la diffé-

(1) Se reporter aux tableaux publiés plus loin (p. 60 à 62).

rence de concentration moléculaire du sang des deux moitiés du cœur a été positif.

En observant les cas qui constituent le premier groupe, on remarque le fait que, chez tous les cadavres chez lesquels la putréfaction était avancée et spécialement dans les cas 3, 6 et 12, la valeur du Δ est plus grande que la moyenne normale ($\Delta = 0^{\circ} 56$), c'est-à-dire le contraire de ce que nous avons constaté dans notre premier travail. Mais, dans ces cas antérieurs, l'autopsie et la recherche cryoscopique ont été faites presque aussitôt après la mort des animaux (après une demi-heure).

Si les choses se présentent ainsi à première vue, en réalité, ceci n'a rien d'important et ne saurait influencer en rien le pouvoir d'application du principe cryoscopique à la submersion.

Or, il est certain que, après la submersion, un état d'hydrémie du sang a lieu, qui se manifeste à l'extérieur par une diminution du Δ ; mais quand la putréfaction a commencé, la concentration moléculaire du sang du cœur augmente peu à peu comme conséquence des processus de dissolution et de désagrégation cellulaire des éléments des tissus qui constituent le parenchyme des organes.

Cependant, nous trouvons quand même des différences appréciables entre les chiffres qui expriment la valeur du Δ des deux moitiés du cœur.

En ce qui concerne ce fait, nous avons obtenu de semblables résultats aussi dans notre travail antérieur, c'est-à-dire dans l'expérience avec des chiens qui ont été tués par un autre genre de mort (pendaison et empoisonnement) que la submersion et qui après furent soumis à la putréfaction.

Dans ces cas, la valeur du Δ du sang des deux moitiés du cœur a augmenté plus ou moins, justement à cause de la putréfaction qui était avancée,

Non moins importants nous paraissent les résultats

cryoscopiques obtenus dans le cas 12 qui se réfère au cadavre d'un garçon tombé dans un puits.

Dans ce cas, le Δ du sang des deux moitiés du cœur est augmenté ; mais la valeur du Δ du sang du cœur gauche est en même temps beaucoup plus grande que celle du Δ du sang du cœur droit. Or, ceci peut s'expliquer par le fait que, dans la masse sanguine, il a dû pénétrer un liquide qui n'est pas de l'eau pure, et ce liquide était de l'eau qui contenait en dissolution une grande quantité de sels minéraux, pareils à ceux que nous avons observés chez les animaux noyés dans de l'eau de mer.

Passons maintenant à la deuxième partie de nos recherches.

Quelle est la relation qui existe, chez les noyés, entre la concentration moléculaire du sang du cœur gauche et les divers liquides et transsudations ?

De l'analyse faite sur les résultats obtenus, il ressort que les chiffres qui représentent le Δ du liquide pleural et celui du liquide recueilli de la trachée et des bronches varient trop entre eux, desorte qu'il ne nous est pas possible pour le moment de faire une déduction pratique. Mais nous nous réservons d'y revenir quand nous aurons un plus grand nombre d'observations.

Or, si par les liquides cités plus haut il nous a été impossible de tirer quelques données, c'est tout à fait différent avec les chiffres qui expriment la valeur du Δ du liquide céphalo-rachidien.

Dans tous les cas où il nous a été possible de recueillir ce liquide par l'ouverture des ventricules latéraux du cerveau, la concentration moléculaire a été toujours plus petite que celle de tous les autres liquides et spécialement que celle du sang trouvé dans le cœur.

Cette différence n'est pas un chiffre à négliger, car

INSTITUT MÉDICAL LES NOYÉS DE L'ANNÉE

Nombres	Date	Age et sexe	Cause de mort	Combien a-t-il séjourné dans l'eau	Quand l'autopsie a été faite	L'état du sang
1	août	homme, 30 ans	accident	10 minutes	24 heures	liquide
2	octobre	homme, 40 ans	»	15 minutes	»	»
3	juillet	filles, 21 ans	»	2 heures	48 heures	sirupeux
4	juin	garçon, 16 ans	»	»	24 heures	liquide
5	décembre	homme, 62 ans	suicide	5 minutes	12 heures	»
6	»	homme, 40 ans	accident	inconnu	24 heures	sirupeux
7	juillet	femme, 50 ans	suicide	retirée viv.	24 heures	sirupeux et quelq. ca
8	juillet	fillette, 2 mois	infanticide	4 jours	6 jours	rien
9	»	»	»	inconnu	24 heures	»
10	décembre	fillette, 6 mois	»	»	»	très peu

LES NOYÉS DE L'ANNÉE

1 (11)	juin	garçon, 12 ans	accident	10 minutes	24 heures	liquide et quelques caillots
2 (12)	octobre	garçon, 9 ans	mort par imprudence	4 jours	»	liquide
3 (13)	juin	homme, 30 ans	accident	15 minutes	»	»
4 (14)	»	»	»	inconnu	»	rien
5 (15)	juillet	homme, 25 ans	»	2 jours	»	»

ROYAUME DE BUCAREST

303. — TABLEAU I (A).

Qualité de l'eau	L'état de la putréfaction	Le cœur gauche	Le cœur droit	Le liquide céphalo-rachidien	Le liquide péricardique	Liquide des poumons
ruisseau Dâmbovitza	non appar.	$\Delta = -0^{\circ},68$	$\Delta = -0^{\circ},69$	$\Delta = -0^{\circ},48$	$\Delta = -0^{\circ},67$	$\Delta = -0^{\circ},85$
»	»	$\Delta = -0^{\circ},68$	$\Delta = -0^{\circ},78$	$\Delta = -0^{\circ},41$	$\Delta = -0^{\circ},80$	$\Delta = -0^{\circ},64$
»	avancée	$\Delta = -1^{\circ},11$	$\Delta = -1^{\circ},17$	$\Delta = -1^{\circ},10$	—	$\Delta = -1^{\circ},04$
»	non appar.	$\Delta = -0^{\circ},60$	$\Delta = -0^{\circ},75$	—	—	—
»	»	$\Delta = -0^{\circ},47$	$\Delta = -0^{\circ},64$	—	—	—
»	avancée	$\Delta = -1^{\circ},30$	$\Delta = -1^{\circ},72$	—	—	—
»	non appar.	$\Delta = -0^{\circ},46$	$\Delta = -0^{\circ},43$	—	—	—
uis. Sabar	avancée	—	—	—	—	—
ruisseau Dâmbovitza	»	—	—	—	—	—
»	»	—	—	—	—	—

304. — TABLEAU II (B).

Lac Thei	non appar.	$\Delta = -0^{\circ},60$	$\Delta = -0^{\circ},65$	—	$\Delta = -0^{\circ},55$
Puits abandonné	»	$\Delta = -1^{\circ},42$	$\Delta = -1^{\circ},03$	—	—
ruisseau Dâmbovitza	»	$\Delta = -0^{\circ},94$	$\Delta = -0^{\circ},90$	$\Delta = -0^{\circ},60$	$\Delta = -1^{\circ},74$
Lac Herestreu	»	—	—	—	—
ruisseau Dâmbovitza	»	—	—	—	—

INSTITUT MÉDICO-LÉGAL DE BUCAREST

VALEUR CRYOSCOPIQUE DU SANG ET DES AUTRES LIQUIDES

Tableau III

Numéros	Les numéros d'ordre des tableaux I et II	L'état du sang	Etat de putréfaction du cadavre	CŒUR		Liquide céphalo-rachidien	Liquide péricardique	Liquide des poulmons
				Gauche	Droit			
1	1	Liquide	non apparue	$\Delta = -0^{\circ},68$	$\Delta = -0^{\circ},69$	$\Delta = -0^{\circ},48$	$\Delta = -0^{\circ},67$	$\Delta = -0^{\circ},85$
2	2	"	"	$\Delta = -0^{\circ},68$	$\Delta = -0^{\circ},78$	$\Delta = -0^{\circ},41$	$\Delta = -0^{\circ},80$	$\Delta = -0^{\circ},64$
3	3	Sirupeux	avancée	$\Delta = -1^{\circ},11$	$\Delta = -1^{\circ},17$	$\Delta = -1^{\circ},10$	—	$\Delta = -1^{\circ},04$
4	11	Liquide et quelques caillots	non apparue	$\Delta = -0^{\circ},60$	$\Delta = -0^{\circ},65$	—	$\Delta = -0^{\circ},55$	—
5	13	Liquide	"	$\Delta = -0^{\circ},94$	$\Delta = -0^{\circ},90$	$\Delta = -0^{\circ},60$	$\Delta = -1^{\circ},74$	—

étant de dix et quinze centièmes de degré, elle doit être considérée dans les circonstances où nous agissons.

On sait qu'à l'état normal, c'est-à-dire chez les individus qui n'ont pas succombé à la submersion dans l'eau, la valeur cryoscopique du liquide céphalo-rachidien est plus grande (Widal, Sicard et Ravaut $\Delta = -0,61$, jusqu'à 0,70) que celle du sang du cœur gauche (Bottazzi, Korangi $\Delta = -0,56$, Luciani $\Delta = -0,60$).

D'après les chiffres que nous avons obtenus, il ressort que chez les individus noyés, la relation qui existe à l'état normal entre le sang et le liquide céphalo-rachidien, diffère dans ce sens que, pour ce dernier, la valeur du Δ est plus petite que celle du sang du cœur gauche ; c'est donc tout à fait le contraire qu'à l'état normal.

Par-conséquent, en démontrant qu'il s'agit d'une différence opposée à ce qui se passe à l'état normal entre la valeur Δ du sang du cœur gauche et celle du liquide céphalo-rachidien, on pourrait établir, par suite de cette différence, le diagnostic de la submersion dans l'eau. Il serait à désirer que d'autres recherches soient faites pour contrôler ces résultats.

En examinant les données du tableau II, on voit que, quoique la mort soit survenue après la submersion, la valeur du Δ du sang du cœur gauche est plus grande qu'à l'état normal ($\Delta = -0,56$) ; ceci tient au fait que la concentration moléculaire est augmentée par les éléments constitutants du parenchyme des organes, qui sont enlevés par la circulation posthume.

De ces faits relatés par nous, il ressort :

1° Les résultats cryoscopiques obtenus chez les noyés, sont les mêmes que ceux obtenus par voie expérimentale chez les animaux.

2° La première condition pour que les résultats cryos-

copiques soient positifs est de faire l'autopsie avant que la putréfaction soit déclarée. Or, d'après ce que l'on sait, ceci est une exception en cas de submersion. Quelquefois même, quand la putréfaction n'est pas déclarée, on ne trouve plus de sang dans le cœur pour pouvoir pratiquer la cryoscopie, et même, si on en trouve, ce ne sont que des caillots.

3° Si la première preuve cryoscopique est négative, on doit recourir à pratiquer la cryoscopie céphalo-rachidienne qui, à son tour, sera comparée avec le Δ du sang du cœur gauche si celle-ci peut être effectuée ; au cas contraire, on tentera la comparaison avec une moyenne du Δ du sang normal.

M. le PRÉSIDENT pense que la Société voudra décider la publication, dans son *Bulletin*, de cette communication et prouver à son auteur l'intérêt qu'elle y attache (*Adopté*).

Rien n'étant plus à l'ordre du jour, la séance est levée à 5 h. 50.

Le Secrétaire,
M. BRIAND.

BIBLIOGRAPHIE MÉDICO-LÉGALE

M. le Dr L.-V. MOURET, sous-inspecteur des enfants assistés de l'Isère : *Le patronage de l'enfance coupable* ; étude médico-légale avec cette épigraphe : « Il n'y a pas de crime. Il n'y a que des criminels ». (Lyon, Storck 1903, vol. in-8° de 161 pages.)

Après avoir indiqué les mesures à prendre pour protéger la vie intra-utérine de l'enfant, les enfants en bas âge, les enfants à l'école et à l'apprentissage, l'auteur s'occupe des jeunes délinquants et voudrait que les vagabonds de moins de seize ans ne fussent plus écroués dans des maisons d'arrêts, mais simplement conduits dans un *asile d'observation* pour y attendre une destination fixée après enquête.

Séance du 13 mars 1903.

Présidence de M. le D^r MOTET.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté sans observations.

M. LE PRÉSIDENT déclare que, dans les termes des articles 6, 7 et 9 des statuts, il va être procédé à l'élection de 4 membres titulaires et de 10 membres correspondants, toutes ces candidatures ayant fait l'objet d'un rapport de la commission spéciale dans la séance précédente. Il rappelle, en outre, que, pour les membres titulaires, l'élection a lieu au scrutin individuel et au scrutin de liste pour les membres correspondants (art. 8 du règlement intérieur).

Election de membres titulaires.

Le scrutin est, tout d'abord, ouvert pour le siège déclaré vacant par suite du décès de M. le conseiller Lefuel et réservé à un magistrat.

Votants. 30 ; — Majorité absolue : 16.

Ont obtenu : M. le conseiller DAYRAS, 21 voix ; M. ALBANEL, 9 voix.

En conséquence, M. le Président déclare M. DAYRAS, conseiller à la cour d'appel de Paris, membre titulaire de la Société de médecine légale de France.

Le scrutin est ensuite ouvert pour le siège déclaré vacant par suite du décès de M. Ladreit de la Charrière.

Votants. 32 ; — Majorité absolue : 17.

Ont obtenu : M. Courtois-Suffit, 14 voix ; MM. Antheaume et Mauclair, chacun 6 voix ; M. Balthazard, 5 voix ; M. Levassort, 1 voix.

Aucun des candidats n'ayant obtenu la majorité absolue, il est procédé à un second tour de scrutin.

Votants. 35 — Majorité absolue : 18.

Ont obtenu : M. Courtois-Suffit, 21 voix ; M. Mauclair, 7 voix ; M. Antheaume, 4 voix ; M. Balthazard, 3 voix.

En conséquence, M. le Président déclare M. le Dr COURTOIS-SUFFIT, médecin des hôpitaux, médecin en chef des manufactures de l'Etat, membre titulaire de la Société de médecine légale de France.

Le scrutin est ouvert pour le siège déclaré vacant par suite du décès de M. Gilles de la Tourette.

Votants : 37. — Majorité absolue : 19.

Ont obtenu : M. Mauclore, 20 voix ; M. Antheaume, 10 voix ; M. Balthazard, 6 voix ; M. Blin, 1 voix.

En conséquence, M. le Président déclare M. le Dr MAUCLOIRE, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux et chirurgien adjoint des asiles de la Seine, membre titulaire de la Société de médecine légale de France.

Le scrutin est ouvert pour le siège déclaré vacant par suite de l'admission de M. le Dr Mégnin (art. 8 des statuts) comme membre honoraire de la Société.

Votants : 34. — Majorité absolue : 18.

Ont obtenu : M. Antheaume, 15 voix ; M. Blin, 10 voix ; M. Balthazard, 9 voix ; M. Toulouse, 1 voix.

Aucun des candidats n'ayant obtenu la majorité absolue, il est procédé à un second tour de scrutin.

Votants : 31. — Majorité absolue : 16.

Ont obtenu : M. Antheaume, 17 voix ; M. Blin, 9 voix ; M. Balthazard, 5 voix.

En conséquence M. le Président déclare M. le Dr ANTHEAUME, médecin de la Maison nationale de Charenton, membre titulaire de la Société de médecine légale de France.

Election de membres correspondants.

A l'unanimité des 29 membres de la Société ayant pris part au scrutin, ont été élus membres correspondants nationaux les candidats dont les noms suivent :

M. le Dr LÉON GARNIER, professeur de chimie à la faculté de médecine de Nancy.

M. le Dr JAGOT, professeur de clinique médicale à l'Ecole de médecine d'Angers, secrétaire du Conseil départemental d'hygiène.

M. le Dr LALLEMAND, directeur de l'Asile de Quatre-Mares, près Rouen, expert près les tribunaux.

M. le Dr Georges DUTILLEUL, de Lille, médecin expert près les tribunaux.

M. le Dr Paul ARCHAMBAUD, médecin en chef de l'hospice général, professeur suppléant à l'Ecole de médecine de Tours.

M. le Dr D'HARDIVILLER, professeur à l'Ecole de médecine d'Amiens.

M. le Dr René CHARON, directeur de l'Asile de Dury-les-Amiens, expert près les tribunaux.

M. le Dr ANDRÉ, médecin à Péronne, chirurgien de l'hôpital.

M. le Dr BAUDIN, ancien médecin militaire, médecin en chef de l'Asile départemental du Doubs, expert près les tribunaux à Besançon.

M. le Dr Raoul LEROY, médecin en chef de l'Asile des aliénés criminels de Gaillon, expert près le tribunal d'Evreux.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL présente à la Société, au nom de leurs auteurs, les brochures suivantes :

Le secret professionnel envers les aliénés, dans la pratique médicale courante, par MM. René Decante, juge suppléant au Tribunal civil de Pontoise, et Victor Parant, chef de clinique des maladies mentales à la Faculté de Paris (1).

Diagnostic différentiel des lésions de l'oreille moyenne et de l'oreille interne, mémoire présenté en février 1905 à l'Académie des sciences par M. Marage, docteur en médecine et docteur ès sciences (2).

L'affaire Gallié, l'empoisonneuse de Saint-Clar, rapports médico-légaux, acte d'accusation, impressions d'audience et condamnation ; publiée dans les *Archives d'Anthropologie criminelle* (15 février 1905).

(1) Clermont (Oise), Imprimerie Daix frères, 1904 ; broch., in-8° de 16 pages.

(2) Brochure in-8° de 16 pages chez l'auteur.

Intoxication par l'encre violette chez un jeune enfant ; observation très intéressante de M. J. HALLÉ, ancien chef de clinique de la Faculté (1).

Des observations de M. le Dr Hallé, il importe de remarquer que l'absorption d'une très faible quantité d'encre violette à base d'aniline (à peine un centimètre cube, dans l'esèce observée chez une petite fille de 16 mois) suffit à causer une intoxication grave — les vomissements ne sont pas colorés ; l'encre se précipite sous l'influence des sucs gastriques et est rejeté sous la forme de sables et de fragments ; — la diarrhée est d'une fétidité extraordinaire, avec décoloration complète des matières, indiquant comme un arrêt total de la sécrétion et des fonctions hépatiques ; enfin de graves accidents nerveux peuvent survenir à la suite de cette intoxication aiguë.

L'hygiène de Paris et les lois de 1902-1903 ; thèse soutenue par M. A. Michon, à la Faculté de Paris.

Le péril vénérien et la prophylaxie des maladies vénériennes, thèse soutenue par M. Eugène Mignot, à la Faculté de Paris.

La tuberculose et les mutualités à Paris, thèse soutenue à la Faculté de Paris par M. René Cousin, ancien interne des hôpitaux du Havre.

M. LE PRÉSIDENT, abordant l'ordre du jour, fait observer que, en raison de l'heure avancée, il y a lieu d'ajourner à la prochaine séance la discussion du rapport de M. le Dr Picqué sur l'intervention chirurgicale chez les aliénés et donne la parole à M. le Secrétaire général pour la lecture de la communication de M. René Decante, juge suppléant au Tribunal civil de Pontoise, sur *le régime des aliénés criminels d'après la proposition de loi actuellement soumise au Parlement.*

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne lecture de cette intéressante communication et la Société décide son impression au *Bulletin*.

La séance est levée à 5 h. 1/2.

GRANJUX.

(1) *La Clinique Infantile* (1^{er} février 1903).

LE RÉGIME DES ALIÉNÉS CRIMINELS

D'APRÈS LA

PROPOSITION DE LOI SOUMISE AU PARLEMENT

par M. René DECANTE,

juge suppléant au tribunal de Pontoise.

Lorsqu'en 1877, M^e Demange présentait à la Société de Médecine légale de France ses remarquables conclusions sur la question des aliénés criminels (1), il eût semblé téméraire d'affirmer alors que cette étude pourrait être utilement reprise, vingt-sept années plus tard, sans qu'aucun texte de loi ait encore réglé une situation dont le législateur de 1838 avait complètement omis de se préoccuper.

Mais si aucun régime spécial n'est établi en France, à l'heure actuelle, pour les déments qui troublent l'ordre social par des crimes ou des délits, les efforts incessants des aliénistes et des criminalistes (2), soucieux de combler cette lacune, ont suffisamment appelé sur ce point l'attention des pouvoirs publics pour qu'il soit permis d'envisager comme prochaine la solution législative des délicats problèmes soulevés par la condition des aliénés criminels.

(1) Voir *Bulletin de la Société*, V., p. 162 à 177.

(2) MOTET. — *Revue Pénitentiaire* (1884, mai, juin et décembre 1897).

BRUNET. — *Nécessité d'un asile national pour les aliénés criminels*. Paris. Masson, 1890.

VIGOUROUX et COLIN. — *La question des aliénés criminels*. Toulouse, 1897.

CH. CONSTANT. — *Des aliénés criminels. Nécessité d'une législation spéciale*. Paris. Pedone, 1897.

GUIRAUT. — *Des aliénés criminels*. Paris. Rousseau, 1898.

PETIT (Albert). — *D'une classe de délinquants intermédiaires aux aliénés et aux criminels*. Thèse de Paris, 1900.

Voir aussi la note suivante.

Le Parlement, s'inspirant des nombreux travaux des Sociétés Savantes (1), s'est en effet, préoccupé d'assurer un traitement spécial à ces dangereux malades, et, après les intéressantes discussions du Sénat, et les rapports successifs, à la Chambre, de MM. Bourneville et Lafont, M. Dubief (2), s'appropriant avec sa compétence spéciale ces discussions et ces rapports, en a fait son œuvre personnelle dans une section de la vaste proposition de loi à laquelle il a attaché son nom et qui sera demain le Code du régime des aliénés en France. De ce monument législatif considérable, les sept articles qui concernent les aliénés criminels sont peut-être ceux qui apportent, au point de vue des principes, les innovations les plus importantes : ils solutionnent, d'une façon complète, toutes les difficultés que la question soulève et règlent, dans leur texte concis, toutes les situations qui peuvent se

(1) Société médico-psychologique de Paris, 1859 (cf. *Les Annales médico-psychologiques*, années 1867, 1873, 1874, 1881, 1882, 1883.)

Société de législation comparée, 1870.

Congrès des Sciences médicales de Bruxelles (1874-75).

Société de médecine légale de France (1877. cf. les *Annales d'hygiène et de médecine légale*, 1846, avril 1869, septembre 1876).

Congrès de médecine mentale de Paris, 1878.

Société générale des prisons, 1881.

Actes du 3^e Congrès d'anthropologie criminelle de Bruxelles (1893).

Congrès pénitentiaire international de Paris (1895).

Congrès international de médecine légale de Bruxelles (1898).

Cinquième congrès d'anthropologie criminelle d'Amsterdam (1901).

Conseil supérieur de l'Assistance Publique (1901).

Pour donner une énumération aussi complète que possible des travaux importants auxquels cette question a donné lieu, il convient de ne pas oublier.

Moeli, *Ueber Irre Verbrecher*. Berlin, 1888 et Th. Roussel dans son remarquable rapport fait au nom de la Commission chargée d'examiner le projet portant révision de la loi de 1838.

(2) L'arrivée de M. Dubief au pouvoir garantit le vote à brève échéance de la loi sur les aliénés. La législature ne prendra vraisemblablement pas fin sans que les Chambres aient fait aboutir cette réforme, qui préoccupe si vivement la presse et l'opinion.

présenter lorsqu'un individu atteint d'une maladie cérébrale a enfreint la loi pénale.

Pour apprécier la portée et l'économie de la réforme projetée, il convient, avant tout, après avoir défini ce qu'on est convenu d'entendre par *aliéné criminel* dans le langage médico-légal, de rappeler brièvement quelle situation est faite à ces malades dans l'état actuel de notre législation ou plutôt dans le silence de nos textes.

Les aliénés criminels comprennent trois catégories bien distinctes au point de vue juridique ; ce sont d'abord les individus atteints d'une maladie mentale qui ont commis un crime ou un délit et qui échappent à la condamnation à raison de leur irresponsabilité, ce sont, en second lieu les individus qui ont subi une condamnation et dont la maladie mentale ne se déclare ou, tout au moins, n'est constatée qu'au cours de l'exécution de la peine ; la troisième catégorie est constituée par les aliénés placés dans un asile et qui y commettent un acte qualifié crime ou délit contre les personnes ; ces derniers ne sont même pas traduits en justice, leur présence dans l'asile justifiant par avance de leur irresponsabilité.

Une situation morale identique a permis de comprendre tous ces sujets sous une même dénomination et cette situation est telle que le même remède, l'internement dans un asile spécial sous le contrôle de la Chambre du Conseil, sera le régime commun appliqué à tous par la loi nouvelle, sous la réserve des divergences de détail et des exceptions nécessitées par la diversité des cas. Mais actuellement, les aliénés criminels n'existent pas au regard la loi ; ils sont régis par les principes généraux du Code pénal combiné avec la loi de 1838 et leur condition varie suivant qu'ils rentrent dans l'une ou l'autre des catégories précitées. Voyons-en rapidement les traits essentiels.

« Il n'y a ni crime ni délit, décide le Code pénal dans son article 64, lorsque le prévenu était en état de démence au moment de l'action. » C'est le principe de l'irresponsabilité de l'aliéné, admis sous l'influence de Pinel et d'Esquirol, et posé d'une façon catégorique ; en conséquence de ce principe, la suspension des poursuites ou, tout au moins, l'acquittement obligatoire s'impose pour la première catégorie d'aliénés criminels, c'est-à-dire pour ceux dont la démence est établie, au cours de la prévention, avant que la condamnation soit intervenue. Le délinquant irresponsable échappe à la répression, il est relaxé ; et ici s'arrête la préoccupation du législateur en ce qui le concerne. Sans doute, en vertu d'un usage constant, le Parquet signale comme aliéné dangereux et livre, au besoin, à l'autorité administrative le dément qui a bénéficié d'une ordonnance de non-lieu ou d'un jugement d'acquittement ; mais l'administration préfectorale n'est liée en aucune façon par la décision judiciaire ; elle reste libre d'ordonner le placement d'office ou la mise en liberté et il n'est pas rare de voir le préfet se refuser à considérer comme dangereux l'individu qui, par son infraction aux lois pénales, a déjà révélé cependant le péril qu'il peut faire courir à la Société (1).

Il serait oiseux de reprendre ici les critiques multiples formulées depuis longtemps contre cet état de choses : la lacune de notre législation est manifeste et il serait injuste de rendre l'administration responsable de l'insuffisance des mesures protectrices. Qu'arrive-t-il souvent en effet ? A la période de délire concomitante au délit succède fréquemment le calme et l'aliéné présente toutes les apparences de la raison ; c'est pendant cette période de rémission que l'expert commis par le préfet

(1) A la Cour d'assises on peut ignorer du reste que c'est à raison de l'état mental de l'accusé que l'acquittement est prononcé si le président n'a pas posé la question de démence. On sait, en effet, que le verdict n'est jamais motivé.

est appelé à se prononcer. N'est-il pas tenté, dans la crainte de provoquer une séquestration arbitraire, de donner des conclusions contraires à celles de son confrère commis par justice au lendemain de l'acte incriminé ? (1). Le préfet n'est pas lié par l'avis de l'expert ; mais il sera d'autant plus disposé à le suivre que les soucis d'une bonne administration lui font un devoir de réduire les dépenses de l'asile (2). En admettant même que les experts soient d'accord et que le préfet ordonne l'internement, la situation fâcheuse créée par la loi ne sera le plus souvent que différée. Fréquemment, en effet, après un séjour plus ou moins long dans l'asile, le malade ne manifeste plus aucun trouble mental ; le médecin déclare qu'il est guéri et le préfet, avisé des résultats du traitement, aux termes de la loi de 1838, signe l'ordre de sortie (3). Mais trop souvent aussi, la raison

(1) Indépendamment de ces raisons qui expliquent suffisamment la contrariété des conclusions des experts, sans qu'on soit fondé à rattacher ces divergences à des rivalités professionnelles, il ne faut pas oublier qu'ils doivent se placer chacun à un point de vue différent. L'exemple suivant, qu'il m'a été donné de relever personnellement, fera apparaître avec netteté l'incohérence de la législation à cet égard. Un individu avait, dans une crise de délire alcoolique, parcouru la ville de Dreux en exerçant des violences sur un certain nombre d'habitants. Poursuivi correctionnellement, il bénéficia d'une ordonnance de non lieu, conformément aux conclusions du rapport du médecin commis par le juge, rapport établissant son irresponsabilité. Quelques jours après, le même médecin, commis par le sous-préfet, déclarait, dans un second rapport, qu'il n'y avait pas lieu de placer cet individu dans un asile d'aliénés.

(2) La loi de 1863 charge les Conseils généraux de fixer le nombre des aliénés à entretenir dans les asiles, et, pour ne pas dépasser les crédits, les préfets sont obligés de diminuer le chiffre des internements.

(3) ARTICLE 20. — Les chefs, directeurs ou préposés responsables des établissements seront tenus d'adresser aux préfets, dans les premiers mois de chaque semestre, un rapport rédigé par le médecin de l'établissement sur l'état de chaque personne, qui y sera retenue, sur la nature de sa maladie et les résultats du traitement. Le préfet prononcera sur chacune individuellement, ordonnera sa maintenance dans l'établissement ou sa sortie.

n'est revenue que pour un moment ; le mal latent n'a pas disparu, et, sous l'influence des excitations extérieures, dont l'alcool est la plus habituelle, une nouvelle crise éclate, le délirant commet un nouveau crime et il comparait encore une fois devant des magistrats qui ne peuvent que l'acquitter. Il échappe à la répression parce qu'il est fou, à l'internement parce qu'il ne l'est plus ; il y a là une situation déplorable et la société est contrainte de garder dans son sein des individus à folie intermittente qui, à raison de leurs antécédents, constituent pour elle un danger permanent.

A ces critiques, on pourrait ajouter que les expressions du Code pénal sont surannées, que le mot *démence*, dans l'état actuel de la science, ne correspond plus qu'à une des formes nombreuses de l'aliénation (1), et qu'il convient aussi d'envisager les états psychiques entraînant l'altération de la volonté et définis par des études récentes (2).

(1) Sur 271 condamnés recueillis dans les asiles d'aliénés postérieurement à leur condamnation, M. Monod a pu établir la statistique suivante : Démence, 20 ; paralysie générale, 58 ; alcoolisme chronique, 4 ; imbécillité, 8 ; idiotie, 2 ; délire des persécutions, 10 ; manie, excitation maniaque, 16 ; lyptémanie, mélancolie, dépression mélancolique, 12 ; épilepsie et hystérie, 21 ; alcoolisme, 7 ; dégénérescence mentale, 16 ; débilité mentale, faiblesse intellectuelle, 65 ; délire chronique, 2 ; absence de renseignements diagnostiques, 30. Total : 271.

(2) Le *somnambulisme* a été considéré comme entraînant l'irresponsabilité absolue par un arrêt de la cour de Paris du 26 janvier 1881.

Pour l'*hypnotisme*, la cour de Paris, à la suite de Charcot, est en désaccord avec l'École de Nancy, qui soutient que la volonté de l'hypnotisant peut se substituer d'une façon complète à celle du sujet hypnotisé, dont l'irresponsabilité est dès lors absolue.

L'*épilepsie* est un état qui comporte aussi des impulsions irrésistibles. M. Dubief a soin de désigner nommément dans son texte les épileptiques et les place sur le même rang que les aliénés.

Enfin la période prodromique de la *paralysie générale*, où la suractivité fonctionnelle des facultés mentales fait apparaître l'individu plus intelligent et plus brillant qu'il n'a jamais été, ne peut être rangée sous la dénomination générique de *démence*. Et ce

Le silence de la loi n'est pas moins regrettable en ce qui concerne les aliénés de la deuxième catégorie, ceux dont la maladie est constatée postérieurement à la condamnation. Quand la folie d'un condamné se déclare, on le dirige sur un asile où il suit un traitement dont la durée s'impute sur le temps de la peine. Cette confusion ne résulte d'aucun texte ; elle s'opère suivant une pratique constante de l'administration dont la bienveillance s'inspire d'un louable sentiment d'humanité, au sortir d'un internement parfois si pénible, il serait en effet rigoureux de faire subir dans son intégralité l'emprisonnement suspendu par le fait de la maladie : *Furiosus satis ipso furore punitur*.

Mais le temps de la peine expire bientôt, il faut remettre en liberté le condamné qui semble momentanément guéri, étant donné que, dans l'état actuel de notre législation, il ne peut être maintenu dans un asile, quand bien même il présenterait 99 chances pour cent de rechute ; du reste, si la persistance du mal nécessite encore son maintien, ce ne sera le plus souvent que pour une courte durée ; à la première lueur de guérison, les portes de l'établissement s'ouvriront pour lui, au grand soulagement du personnel et des autres malades. Et quelle sera alors trop fréquemment la conséquence de cette mesure ? Rendu à la vie libre, l'aliéné commettra de nouveaux délits et de nouveaux crimes, et cet ancien condamné, qui n'a été le plus souvent qu'un aliéné méconnu (1) lors de sa première comparution en justice, sera fatalement amené à rendre

pendant, les perversions morales et affectives qui marquent le début de cette maladie peuvent être la source de nombreux délits, causés par une dégradation de l'intelligence qui échappera le plus souvent au magistrat. (Voir à ce sujet l'ouvrage de MM. Pactet et Colin : Les aliénés devant la justice. Chapitre III, page 94.)

(1) Du 1^{er} janvier 1894 au 30 juin 1901, M. Colin a pu observer à Gaillon 74 aliénés méconnus et condamnés, n'ayant pas de condamnations antérieures et dont les crimes et les délits étaient

compte de nouvelles fautes commises sous l'empire d'un délire renaissant :

« En vertu de la loi de 1838, dit M. Dubief dans son exposé des motifs, l'aliéné criminel doit être rendu à la liberté dès qu'il est guéri ; c'est là le secret de nombreux crimes commis par les aliénés. Tantôt c'est un dégénéré alcoolique, qui, après avoir tué ou violé, a été interné. Rendu à la liberté parce qu'il est guéri de l'accès qui l'avait amené à l'asile, il se livre sous l'empire de l'alcool à de nouveaux méfaits. Tantôt c'est un épileptique dont on ne se méfie plus, en apparence guéri, qui se livre à quelque monstrueux attentat : tantôt encore c'est un paralytique général dont la période

sous la dépendance de leurs idées délirantes. Les observations portant sur un total de 204 aliénés criminels, il en résulte que la proportion des aliénés méconnus et condamnés atteint le chiffre énorme de 36,7 %.

Le jurisconsulte allemand Mittermeier prétend que la plupart des condamnés qui manifestent des troubles mentaux peu de temps après leur arrivée en prison étaient aliénés au moment de l'acte.

Le docteur Vingtrinier, médecin en chef des prisons de Rouen, a publié, en 1853, une statistique portant sur 27 années et établissant que, sur 263 aliénés poursuivis devant les tribunaux, 82 avaient été condamnés, malgré la démence concomitante à l'action.

Un jurisconsulte anglais Fitzroy-Kelly déclarait, en 1864, que, depuis le commencement du siècle, on avait commis 60 meurtres légaux en exécutant autant d'aliénés. M. le docteur Madden enseignait, au même moment, qu'en l'espace de quelques années, on avait condamné à mort onze aliénés dont huit furent exécutés.

En 1890, M. Bailleul présentait au Congrès de médecine mentale de Rouen une statistique établissant que, de 1853 à 1860, les bagnes et maisons centrales avaient reçu 223 condamnés dont l'aliénation mentale préexistait à l'emprisonnement.

M. le Dr Paul Garnier, dans une statistique portant sur cinq années, a relevé 255 cas (soit 50 par an) d'aliénés méconnus et condamnés, enfermés dans les prisons de la Seine.

Enfin M. Monod a relevé 271 observations d'aliénés méconnus et condamnés pour les périodes de 1866 à 1890 et 479 pour la période de 1890 à 1899.

Cette question est traitée à fond dans les deux ouvrages de MM. Pactet et Colin : « Les aliénés devant la justice » et « Les aliénés dans les prisons ».

Voir aussi Krafft-Ebing : « Médecine légale des aliénés » (pages 41 et suivantes dans l'édition française du Dr Rémond.)

de rémission s'achève tout à coup dans quelque crime de meurtre ou d'incendie ».

On pourrait multiplier les exemples à l'appui de cette thèse. Citons en deux très concluants empruntés à MM. Pactet et Colin (1).

« Un nommé L..., condamné sept fois pour vol, entre une première fois à l'asile de Gaillon, le 17 août 1887, et, le 9 février 1889, sa peine terminée, on le transfère dans un asile d'aliénés. Il obtient sa sortie, se fait de nouveau condamner et rentre au quartier spécial de Gaillon, le 29 décembre 1892.

« Là, il est examiné par une commission qui rédige le certificat suivant :

« Cet individu est atteint de débilité mentale avec délire « de persécution, craintes d'empoisonnement, etc. Ce malade est absolument incurable et doit être maintenu dans « un asile d'aliénés ». C'est muni de ce certificat signé de « trois médecins que L..., gracié, est transféré le 1^{er} juin « 1895 dans l'asile qui l'avait reçu une première fois. Or, « peu de temps après, *il obtenait sa sortie* et, le 31 août 1895 il « était arrêté pour vol à Paris où le docteur Vallon, chargé de « l'examiner, le déclarait irresponsable et incurable et concluait de nouveau à son envoi dans un asile d'aliénés.

« D..., épileptique alcoolique a été interné trois fois en 1889, 1894 et 1896 au quartier spécial de Gaillon, d'où il est sorti, une fois sa peine terminée, pour être transféré dans l'asile d'aliénés de C... Sorti pour la troisième fois de cet asile, il vient à Paris, se fait camelot et se livre à de nombreux excès d'absinthe. Un jour, rôdant au bois de Boulogne, il se jette sur un passant inoffensif qu'il assomme à moitié avec l'aide d'un camarade, pour lui voler cinq francs. C'est dans ces conditions qu'il est revenu pour la quatrième fois à Gaillon où M. le docteur Colin a été chargé de rechercher s'il pouvait être soumis à la relégation ».

Des exemples aussi décisifs font apparaître la grave lacune d'une loi qui a ignoré les aliénés criminels, mal-

(1) F. PACTET et COLIN. — Les aliénés dans les prisons, chap. III, page 140.

heureux irresponsables que la société doit soigner, mais contre lesquels elle a aussi le droit et le devoir de se préserver.

Il y a là une question de défense sociale contre laquelle on ferait à tort prévaloir des théories empreintes d'une fausse sentimentalité. Les Anglais l'ont bien compris et, quelque choquante que soit la formule de leur internement : « Au bon plaisir du Roi » (1), on ne peut qu'approuver les principes d'une législation qui différencie les aliénés criminels des autres malades, parce que les infractions qu'ils ont commises à l'encontre de la loi pénale révèlent chez eux des penchants qu'il est indispensable de surveiller.

Il n'y a rien à dire de la troisième catégorie d'aliénés criminels, c'est-à-dire des malades qui commettent un crime ou un délit contre les personnes dans l'asile où ils sont en traitement. Ils échappent à toute poursuite, et restent dans l'établissement où ils constituent de dangereux voisins pour les aliénés inoffensifs ; la première période de rémission qui suit l'acte délictueux marque le jour de leur libération et ils rentrent dans la vie libre où nous ne les suivrons pas pour ne pas refaire en ce qui les concerne le procès de la loi de 1838 ; les critiques générales que nous avons formulées plus haut trouvent ici une facile application.

Telle est, dans ses grandes lignes, la situation qui est faite actuellement aux aliénés criminels, situation aussi impropre à leur assurer le traitement prolongé, réclamé par leur état, qu'à protéger leur entourage contre les conséquences d'un récidivisme fatal.

Il n'était pas inutile de rappeler quelle est la condition de ces malades sous l'empire de la loi de 1838, afin de mieux faire ressortir le caractère et l'importance des innovations proposées par M. Dubief.

(1) During Her Majesty's pleasure.



La réforme projetée peut se résumer en deux propositions qui en précisent les traits caractéristiques :

« *Les aliénés criminels seront internés dans des asiles spéciaux.*

« *L'entrée et la sortie de ces malades seront réglées par le Tribunal en Chambre du Conseil* ».

La création d'asiles spéciaux constitue, comme on le voit, le point essentiel de l'organisation proposée au vote de la Chambre. « Il est nécessaire, dit M. Dubief, que nous ayons des quartiers ou des asiles de sûreté où seront retenus les aliénés criminels, pour y être soignés comme des malades, mais sous une garde plus attentive et plus immédiate, à raison du danger social qu'ils présentent, et loin des malades honnêtes auxquels on n'a pas le droit d'imposer un contact qu'ils ne sont pas maîtres de fuir, comme le peuvent faire, dans la vie civile, les honnêtes gens en s'éloignant des coupables qui ont payé leur dette sociale ».

C'est là, une innovation fondamentale et la conception de cet établissement, moitié hôpital, moitié prison, apporte dans notre législation, avec un principe nouveau, une modification profonde à des errements administratifs qui semblaient jusqu'alors indiscutables. Peut-être la persistance des idées réfractaires à toute confusion des procédés d'internement a-t-elle, avec des préoccupations d'ordre financier, retardé la création de ces asiles spéciaux, sans lesquels la question des aliénés criminels ne peut être solutionnée. Il n'est pas sans intérêt de rappeler les critiques les plus récentes formulées à ce sujet.

« Il n'y a pas de raison, écrit le docteur Bourneville (1),

(1) Rapport à la Chambre des Députés, du 12 juillet 1889.

pour séparer les aliénés dits criminels, des aliénés ordinaires. Ce sont des malades qui, sous l'impulsion du délire, ont commis des actes dont ils sont irresponsables. Ils doivent par conséquent être traités comme les autres malades, c'est-à-dire internés dans l'asile de leur département. Les placer dans des asiles nationaux serait les éloigner de leur famille et aggraver leur situation. »

MM. les D^{rs} Falret, Blanche et Voisin avaient déjà soutenu cette thèse devant la Société de législation comparée.

D'autres auteurs ont écrit, après eux, qu'il était inhumain de parquer les aliénés criminels, parce que la criminalité disparaît avec la folie.

Ces considérations dictées par un louable sentiment d'humanité, ne sauraient prévaloir contre les raisons sérieuses et multiples qui militent en faveur de la création des asiles spéciaux. Il ne s'agit pas ici de punir des irresponsables, mais de les mettre hors d'état de nuire, tout en les soignant. Qui oserait soutenir qu'on peut traiter, à cet égard, l'aliéné criminel comme les autres malades ? Les efforts de la thérapeutique la plus récente des maladies mentales tendent, on le sait, à faire disparaître des asiles tous les détails susceptibles de rappeler au malheureux interné qu'il est l'objet d'une mesure coercitive. Les grilles des établissements s'entrouvrent, les murs s'abaissent et il est tel pavillon d'asile (1) qui donne au visiteur l'illusion de l'hôtel bien tenu d'une station ther-

(1) Il existe notamment, à l'asile de Ville-Evrard, un quartier récemment aménagé dans ces conditions et qui donne les résultats les plus concluants. On est surpris, lorsqu'on visite ces locaux, de constater le grand nombre d'objets fragiles laissés à la portée des malades, sans qu'aucun d'eux songe à les détériorer. L'aspect riant de ce quartier, merveilleusement agencé et tenu sous l'habile direction de M. le D^r Ballet, fait involontairement songer aux cabanons et aux chaînes qui, avant Pinel, entravaient tous les aliénés. Nul contraste n'est plus propre à mettre en évidence les progrès réalisés depuis un siècle par la médecine aliéniste.

male; les journaux qui s'entassent sur la table d'un salon orné de tableaux et de glaces en font un séjour rassérénant où le cerveau délirant trouve les éléments d'une amélioration scientifiquement constatée. Est-ce la place de l'égaré qui fut hier incendiaire ou assassin et a-t-on le droit d'infliger au malade inoffensif, qui n'a pas perdu toute lueur de raison, le contact pénible et dangereux de l'aliéné criminel? La réponse ne semble pas douteuse. Pour que les progrès de la science demeurent acquis, pour assurer au dément paisible le traitement auquel il a droit, il faut séparer les malades et envoyer le criminel dans un établissement où une surveillance mieux organisée le préservera contre lui-même des écarts que son passé permet de redouter.

On a fait aussi des objections d'ordre financier à la création des asiles spéciaux; mais il est difficile de discuter sérieusement des évaluations qui ne reposent sur aucun chiffre précis. Du reste les préoccupations budgétaires n'ont pu échapper à M. Dubief qui, à sa longue expérience de directeur d'asile, joint la compétence d'un parlementaire consommé; si des considérations de cette nature ne l'ont pas arrêté plus qu'elles n'ont inquiété le Sénat, on peut-être assuré qu'au moment du vote de la loi, il pourra, chiffres en mains, mettre à néant les craintes chimériques des esprits timorés. Les asiles spéciaux devront recevoir, sans doute, un grand nombre d'aliénés criminels, mais la plus grande part des dépenses d'entretien de ces malades incombera à leurs départements d'origine (1) et l'Etat n'aura guère à supporter, en définitive, que les frais de construction et d'aménagement des quartiers nouveaux.

(1) Comme on le verra plus loin, la part incombant au département pour chacun de ses aliénés criminels sera égale au prix de journée payé par ce département pour ses aliénés ordinaires. Le surplus de la dépense d'entretien sera seul payé par l'Etat, qui prendra toutefois à sa charge les frais de transfèrement.

Les asiles spéciaux ont déjà été organisés, du reste, pour les aliénés criminels par un certain nombre d'Etats et le législateur, en entrant dans cette voie, ne peut que s'inspirer des exemples concluants fournis par les pays voisins. L'Angleterre qui, dès 1816, a établi des quartiers spéciaux à l'hôpital royal de Bethleen et, plus tard, à Fisherton house, a, en 1866, organisé à Broadmoor un asile central qui contenait, en 1896, 640 pensionnaires. C'est, de nos jours, le modèle le plus parfait des établissements de ce genre ; les résultats en sont excellents au point de vue de la thérapeutique, et la mortalité y est à peine de 3 % (1). L'Irlande a son asile spécial à Dundrum ; l'Ecosse un quartier à Perth. En Allemagne, on trouve des asiles spéciaux à Halle, à Hambourg, à Waldheim, en Saxe, et à Bruchsal, dans le Grand-Duché de Bade ; des quartiers spéciaux sont réservés aux aliénés criminels à la maison de correction de Tabiau, en Prusse, et à la prison de Moabit, à Berlin même. On en crée à Breslau, à Cologne, à Munster, à Halle-sur-Saale, à Graudenz et à Düren. La Hongrie a un asile spécial à Budapesth ; l'Espagne un pénitencier-hôpital à Puerto de Santa Maria (2). L'Italie a aussi admis le principe du manicomio criminale et en a créé trois : à Aversa, à Montelupo et à Reggio d'Emilie. Enfin, l'Etat de New-York a créé à Matteawan (3), un établissement de ce genre qui comptait en 1900, 887 malades.

On pourrait mentionner, du reste, à titre de précédent, l'essai qui a été fait chez nous, depuis 1876, d'un quartier spécial annexé à la Maison centrale de Gaillon ; mais le chiffre dérisoire de 80 malades, qui est loin de correspondre à la totalité des aliénés détenus dans les prisons de

(1) Voir : Docteur Motet, *Annales médico-psychologiques*, 1881, tome VI, page 415.

(2) A douze kilomètres de Cadix.

(3) Il en existe aussi en Califormie et dans l'Etat de Massachusetts.

France (1), ne permet pas de tirer un enseignement sérieux des résultats acquis ; retenons seulement que le principe en a été admis sans difficulté par le ministère de l'Intérieur qui a reconnu la nécessité de créer un quartier de cette nature (2).

La question de l'asile étant résolue, la grande difficulté était de savoir à qui il convenait de confier le soin de décider de l'internement des aliénés criminels.

Dans une question qui intéresse à la fois la liberté individuelle, la responsabilité pénale et la sécurité publique, il fallait choisir une autorité qualifiée pour apprécier la capacité d'imputation du délinquant et prendre une mesure coercitive en toute science et toute indépendance. Il a semblé à l'auteur de la proposition de loi que l'autorité judiciaire remplissait mieux que toute autre les conditions qui la désignent à ces hautes et délicates fonctions. S'entourant des garanties d'une nouvelle expertise qui devra être contradictoire, le tribunal statuera en chambre du conseil, après avoir entendu les conclusions du ministère public.

Il nous semble qu'il était impossible d'organiser un meilleur système ; la collectivité des magistrats, habitués à peser les résultats d'une expertise et à apprécier

(1) Les statistiques des différents pays s'accordent pour évaluer à 5 ou 6 % le nombre des aliénés que renferment les prisons.

(2) Comme nous le disions plus haut, le quartier spécial de Gaillon ne reçoit pas, à beaucoup près, tous les individus qui devraient y être envoyés. Trois maisons centrales seulement semblent diriger régulièrement leurs malades sur ce quartier. De 1894 à 1900, sur 255 aliénés, la moitié (113) a été fournie par ces trois établissements, Beaulieu, Melun et Gaillon ; l'autre moitié provient de 28 maisons centrales ou prisons. Clairvaux, qui contenait au 1^{er} janvier 1894, 1182 détenus et qui a eu dans la même année 768 entrées, a fourni seulement 10 malades en sept ans. Loos, qui avait à la même époque 816 détenus et a compté la même année 430 entrées, en a envoyé 8 ; et enfin Poissy, pour un chiffre de 1028 détenus et 792 entrées, n'a envoyé que six malades à Gaillon, durant ces sept années.

les conséquences d'une décision privative de liberté, examinera avec prudence, dans le silence de la chambre du conseil, loin de l'agitation de l'audience et en dehors d'une publicité préjudiciable au malade, le bien fondé de l'internement sollicité.

On objectera peut être que le principe de la séparation des pouvoirs subira, de ce chef, une atteinte ; mais il ne faut pas oublier que, sous l'empire même de la loi de 1838, l'autorité judiciaire était chargée, dans certaines circonstances, de statuer sur la libération d'un aliéné (1). Cette dérogation à un des grands principes de notre droit public, à supposer qu'elle fût établie, se justifierait d'ailleurs par les meilleures raisons. L'administrateur le plus distingué ne peut échapper au soupçon d'arbitraire parce qu'il statue seul et sans contrôle ; l'appréciation de la responsabilité des individus est étrangère à ses fonctions et la question de l'internement se présente pour lui sous un jour spécial parce que les préoccupations budgétaires le dominent. L'ensemble de ces considérations explique très suffisamment qu'on ait cru devoir le dessaisir au profit du pouvoir judiciaire. Au surplus, il est discutable que le principe de la séparation des pouvoirs soit enfreint par la disposition projetée, car on peut aussi bien admettre que l'autorité judiciaire soit qualifiée pour ordonner l'internement dans des asiles dirigés par l'administration, qu'on reconnait aux magistrats, sans contestation, la qualité nécessaire pour prononcer des peines d'emprisonnement dont les fonctionnaires administratifs assurent l'exécution. La crainte d'une confusion des pouvoirs

(1) ARTICLE 29. — Toute personne placée ou retenue dans un établissement d'aliénés, son tuteur... son curateur, tout parent ou ami, pourront, à quelque époque que ce soit, se pourvoir devant le tribunal du lieu de la situation de l'établissement, qui, après les vérifications nécessaires, ordonnera s'il y a lieu, la sortie immédiate. — Les personnes qui auront ordonné le placement d'office, pourront se pourvoir aux mêmes fins. — La décision sera rendue sur simple requête, en chambre du conseil et sans délai ; elle ne sera point motivée.

nous semble provenir, en l'espèce, d'une appréciation erronée de leurs limites respectives.

Il n'était pas inutile de rappeler ces principes, car la dévolution au juge du droit de prononcer l'internement d'un aliéné est sans précédent législatif en France et ne manquera pas de heurter les préjugés de certains esprits inféodés aux règles de la loi de 1833, qu'ils considèrent comme des dogmes ; cette loi a fait à l'administration une part prépondérante et, si elle a chargé, dans certains cas, les tribunaux de statuer sur une demande de mise en liberté, ce n'est qu'accessoirement et pour prévenir les dangers d'une séquestration arbitraire ; l'internement semblait jusqu'alors être, par sa nature, une mesure essentiellement administrative et jamais les magistrats de l'ordre judiciaire n'étaient appelés à le prononcer.

La nouvelle fonction donnée aux tribunaux révèle donc une tendance à abandonner les anciens errements suivis dans le régime des aliénés, et, même limitée aux seuls aliénés criminels, la procédure d'internement proposée par M. Dubief constitue, en même temps qu'une innovation hardie, un très réel progrès. Toute critique contre un autre système pourrait paraître déplacée ici, mais un exemple emprunté encore à M. le Dr Colin mettra en évidence le danger auquel on s'expose quand on laisse la responsabilité d'une décision à l'autorité qui doit en prévoir et en assumer, en quelque sorte, la charge pécuniaire.

« J'étais chargé par la cour de Rouen, écrit M. Colin, d'examiner l'état mental de deux enfants condamnés en police correctionnelle à être enfermés dans une colonie pénitentiaire, à la suite d'outrages à la pudeur. Dans la petite commune où je me transportai, je me trouvai en présence de malheureux idiots, pouvant à peine parler, et porteurs de tous les signes désirables de dégénérescence. Le maire de l'endroit assistait à l'expertise et me demanda ce que je comptais faire. Nous fûmes d'avis, l'un et l'autre, qu'il y avait lieu de les interner tous les deux dans un asile. Alors partit ce cri du cœur : « Mais, me dit le maire, cela va coût-

ter bien cher à la Commune ». Quelques mois après, me trouvant avec le sous-préfet, nous vinmes à causer de l'affaire. J'appris que mes deux malades, acquittés devant la Cour, continuaient à vivre comme par le passé, mon certificat n'étant plus valable au bout de quinze jours et le maire s'étant bien gardé de faire enfermer ses deux administrés. Il préférerait la colonie pénitentiaire qui ne lui coûtait rien.

La mère de ces deux idiots vint, quelque temps après me trouver ; elle avait un troisième fils, idiot impulsif, d'une douzaine d'années, dont on ne pouvait venir à bout. Il brisait tout, donnait des coups de couteau aux personnes de son entourage, etc. La mère n'avait pas les ressources nécessaires pour le placer dans un asile, et d'autre part, la municipalité, de nouveau, refusait absolument de le faire. Je fus obligé de recourir au subterfuge suivant : Je conseillai à la mère de placer son fils à l'aide du certificat que je lui délivrai et de payer le premier mois de la pension. Au bout d'un mois, la mère cessant le paiement, l'enfant, trop malade pour être mis en liberté, tombait tout naturellement à la charge de la Commune. Mais il est scandaleux, ne trouvez-vous pas, d'être obligé de recourir à de tels procédés pour une opération aussi naturelle et aussi indispensable ? (1).

Une pareille citation se passe de commentaires. Un système est jugé, qui permet de tels abus et cet exemple, choisi entre mille, justifie mieux qu'aucun argument l'attribution aux tribunaux du droit de faire interner les aliénés criminels.

Certains partisans de l'autorité judiciaire eussent voulu, par une conception qui ne manque pas de logique confier la mission de statuer sur l'internement à la juridiction qui a acquitté l'irresponsable. Les juges qui ont connu de l'affaire paraissent, en effet, les mieux placés pour apprécier la mesure qu'il convient de prendre vis-à-vis de l'aliéné comme suite à la décision de justice. Mais ce système, qui serait à la rigueur défendable à la suite d'un acquittement correctionnel, cesse d'être ap-

(1) Communications à la Société Générale des Prisons, novembre 1897 et avril 1900.

plicable dans tous les autres cas. La question de l'internement dans l'asile spécial pourra, en effet, se poser à la suite d'une ordonnance de non-lieu, d'un acquittement en Cour d'Assises ou devant le Conseil de guerre; elle se posera pour l'individu condamné depuis longtemps qui manifestera des signes de démence; elle se posera enfin pour le malade qui commettra, dans un asile ordinaire, un crime ou un délit contre une personne de son entourage. Devant quelle juridiction pénale portera-t-on alors l'affaire et quel système compliqué devra-t-on imaginer pour satisfaire ceux qui considèrent l'internement comme une suite légale du fait soumis à un tribunal répressif? La difficulté d'une solution simple est la condamnation de cette idée plus séduisante que pratique. Du reste, si les juges civils n'ont pas connu de l'affaire au point de vue de la poursuite correctionnelle, ils auront, avec la communication du dossier, l'expertise et l'interrogatoire de l'aliéné, tous les éléments nécessaires pour apprécier la mentalité du sujet et rendre une décision compétente.

Il importait qu'une juridiction unique fût instituée pour connaître de toutes les situations que l'aliéné criminel pourra présenter, situations juridiquement différentes mais identiques au fond; la chambre du Conseil semble réunir à cet égard toutes les garanties désirables, et, en lui confiant, à l'exemple de l'Angleterre, la responsabilité de l'internement spécial, M. Dubief a apporté à ce problème complexe une solution simple qu'il est difficile de critiquer.

Etendant à la libération du malade le bénéfice de ces mesures tutélaires, la proposition de loi place, en toutes circonstances, l'aliéné criminel sous le contrôle de la même juridiction. C'est la chambre du Conseil qui statuera sur son élargissement, qui en précisera les conditions, déterminera les mesures de surveillance, et, en cas de menaces de rechute, prononcera la réintégration dans l'asile. La simplicité et l'unité ne sont pas les

seuls mérites de ce système. Appelés à suivre l'aliéné dans les différentes positions de la vie sociale, les juges, éclairés chaque fois, du reste, par les résultats d'une expertise contradictoire, acquerront une expérience pratique de l'évolution des maladies mentales ; ils apprendront à se défier des guérisons apparentes et connaîtront les récidives redoutables des cerveaux délirants ; familiarisés avec l'interrogatoire des simulateurs et des réticents, ils seront moins exposés à encourir les reproches qu'on leur adresse quand, sous l'empire de la législation actuelle, ils se décident, à l'encontre des experts, dans cette matière qui est rarement soumise à leurs délibérations.

Il est intéressant de signaler ici une dernière innovation d'une extrême importance, c'est la *libération conditionnelle des aliénés*. Nous avons exposé, au début de cette étude, les dangers que comporte pour la société la rentrée dans la vie libre du dément qui s'est livré, une première fois, à des actes réprimés par la loi.

Désormais, quand un individu sera classé comme aliéné criminel, une tutelle pèsera sur lui pour toujours et la sortie de l'asile ne sera pour ce malade qu'une mesure temporaire dont la menace d'une récidive entraînera la révocation. « La surveillance qui suit l'aliéné criminel, quand il sort, dit M. Dubief, complète le système et le caractère conditionnel de la sortie même, qui rend la réintégration rapide et permet de parer à tout danger, laisse place à moins de rigueur dans la décision redoutable qui rend à la société les aliénés dangereux. Le devoir de protection sociale est rempli et l'humanité elle-même y trouve son compte. »

Nous avons tout dit d'une réforme aussi simple dans ses traits généraux que profonde et caractéristique dans les principes qu'elle pose et les conséquences qu'elle

entraîne. Terminons en reproduisant le texte de la proposition de loi, sans affaiblir par un commentaire inutile la portée de ses dispositions aussi précises que complètes.

L'article 37 s'occupe des aliénés criminels de la première catégorie, dont il donne d'abord l'énumération complète :

1° Tout *inculpé* qui, par suite de son état mental, a été, comme irresponsable, l'objet d'une ordonnance ou d'un arrêt de non lieu ;

2° Tout *prévenu* poursuivi, en police correctionnelle, qui a été acquitté comme irresponsable, à raison de son état mental ;

3° Tout *accusé* qui, par suite de son état mental, a été déclaré irresponsable et acquitté par le Conseil de guerre ;

4° Tout *accusé*, traduit devant la Cour d'assises, que le jury a déclaré irresponsable (1).

(1) Il y a lieu de rapprocher de ce paragraphe l'article 38 de la proposition de loi.

ARTICLE 38. — En toute matière criminelle, le président, après avoir posé les questions résultant de l'acte d'accusation et des débats, avertit le jury, à peine de nullité, que, s'il pense, à la majorité, que l'accusé ou l'un des accusés est irresponsable il doit en faire la déclaration en ces termes : « A la majorité, l'accusé est irresponsable ».

Au sujet de cet article, M. Dubief écrit dans son exposé des motifs :

« C'est l'article 38 qui prescrit au président des assises l'obligation, à peine de nullité, de rappeler au jury qu'il doit, s'il pense que l'accusé ou l'un des accusés est irresponsable, le déclarer formellement. La question peut prêter à des débats académiques solennels ; en fait, elle a moins d'importance, parce qu'il est vraisemblable que, dans la plupart des cas, surtout avec l'instruction contradictoire, l'aliéné traduit en cour d'assises arrivera rarement jusque devant le jury, l'expertise médicale, presque toujours ordonnée dans les cas douteux, ayant par avance tranché la question de responsabilité ; et s'il est vrai qu'il appartient bien au jury de départager les experts, quand leurs conclusions contradictoires n'ont pas eu pour résultat d'arrêter les poursuites, on ne peut discuter que ce soit bien au médecin aliéniste qu'appartienne en pareil cas la véritable compétence ».

Il ordonne leur renvoi devant la **Chambre du conseil** et règle la procédure qui sera suivie devant cette juridiction chaque fois qu'un aliéné criminel lui sera déféré :

Est envoyé devant le tribunal en *Chambre du Conseil*, qui, après avoir entendu le *Procureur de la République*, ordonnera son internement dans un asile ou un quartier de sûreté, si son état est de nature à compromettre la sûreté, la décence ou la tranquillité publiques, sa propre sécurité ou sa guérison :

Le tribunal est saisi par l'ordonnance, le jugement ou l'arrêt qui prononce le non lieu ou l'acquittement, ou par un arrêt de la Cour d'assises, rendu en conformité du verdict déclarant l'irresponsabilité.

Le tribunal, avant de statuer, est tenu d'ordonner une nouvelle expertise qui doit être contradictoire (1).

Une disposition finale de l'article a soin de prescrire l'internement préalable du malade qu'une décision de justice a classé au rang des aliénés criminels ; c'est la première mesure de protection qui s'impose dès le début de la procédure.

La décision par laquelle le prévenu ou l'accusé déclaré irresponsable est renvoyé devant le tribunal en *Chambre du conseil* interdit sa mise en liberté et ordonne qu'il sera

(1) L'article 42 prévoit les conditions et désigne les locaux dans lesquels a lieu cette expertise.

Lorsqu'un inculpé est présumé aliéné, l'expertise contradictoire prescrite en vue de déterminer son état mental peut avoir lieu, soit dans le quartier ou local d'observation et dépôt provisoire établi à l'hôpital ou hospice, conformément à l'article 29 de la présente loi, soit dans un établissement public d'aliénés ou dans un établissement privé faisant fonction d'établissement public, si l'un des experts désignés est médecin de cet établissement.

L'admission de la personne présumée aliénée a lieu en vertu d'un arrêté du préfet, pris sur les conclusions de l'autorité judiciaire.

Si l'expertise a lieu dans un établissement d'aliénés, la personne présumée aliénée peut être réintégrée dans la prison par ordre du préfet, aussitôt que le chef responsable en fait la demande au préfet, pour motif de sécurité ou autre motif valable.

retenu dans l'un des locaux ou établissements prévus à l'article 39 ci-après jusqu'à la décision du tribunal.

L'article 39 ordonne la création des asiles et quartiers spéciaux qui seront affectés aux aliénés criminels :

« *L'Etat fera construire un ou plusieurs asiles ou quartiers de sûreté pour les aliénés dits criminels, de l'un et de l'autre sexe, où seront conduits et retenus, par les soins du ministre de l'intérieur, les aliénés dont l'internement aura été décidé par le tribunal en Chambre du conseil, statuant en conformité de l'article 37* ».

C'est l'article 36 qui définit les aliénés criminels de la seconde catégorie et prescrit le régime qui leur sera appliqué jusqu'à l'expiration de leur peine :

« *Les individus de l'un et de l'autre sexe, condamnés à des peines afflictives et infamantes ou à des peines correctionnelles de plus d'une année d'emprisonnement, qui sont reconnus épileptiques ou aliénés pendant qu'ils subissent leur peine, et dont l'état d'aliénation a été constaté par un certificat du médecin de l'établissement pénitentiaire, sont, après avis du médecin désigné par le préfet, retenus jusqu'à leur guérison ou jusqu'à l'expiration de leur peine dans les asiles ou quartiers de sûreté (1).* »

L'article 40 les suit à l'expiration de la peine, prévoit leur maintien éventuel dans l'asile spécial et règle la procédure qui devra être suivie à leur égard :

« *Pourront également être conduits et retenus dans les asiles ci-dessus spécifiés, en vertu d'une décision du ministère de l'intérieur :*

(1) L'article 36, ajoute *in fine* : « Les autres condamnés aliénés sont dirigés sur l'asile départemental, en vertu d'une décision du ministre de l'intérieur ». Nous avons distrait cette disposition de l'article 36, pour la clarté des idées, l'asile spécial étant, en principe, la règle pour l'aliéné criminel, et l'asile ordinaire n'étant admis que par tempérament lorsque la minime importance du délit ou l'état mental du malade ne paraît pas nécessiter l'internement spécial.

« 2^o Les condamnés reconnus aliénés dont il a été parlé à l'article 36, lorsqu'à l'expiration de leur peine le ministre de l'Intérieur aura reconnu dangereux, soit de les remettre en liberté, soit de les transférer dans un asile de leur département.

« Les aliénés dont il est question dans les deux paragraphes précédents seront immédiatement renvoyés devant le tribunal en chambre du conseil, qui statuera dans les formes prévues à l'article 37 sur le maintien dans l'asile ou le quartier de sûreté (1). »

L'article 40, en définissant dans son paragraphe 1^{er} les aliénés criminels de la troisième catégorie, leur applique, comme on l'a vu plus haut, le même régime qu'à ceux de la seconde :

« Pourront être conduits et retenus dans les asiles ci-dessus spécifiés en vertu d'une décision du ministre de l'Intérieur.

« Les aliénés qui, placés dans un asile, y auront commis un acte qualifié crime ou délit contre les personnes (2). »

L'article 41, qui pose les règles de la sortie de l'asile et réglemente la libération conditionnelle, s'applique aux trois catégories d'aliénés criminels :

« Lorsque la sortie d'un des aliénés internés en vertu des articles 36, 37, 40 est demandée, le médecin traitant doit déclarer si l'intéressé est ou non guéri, et, en cas de guérison, s'il est ou non suspect d'une rechute de nature à compromettre la sé-

(1) « Tout aliéné, ajoute l'article, traité dans l'asile ou les asiles spéciaux créés en vertu du présent article, peut être transféré dans l'asile de son département en vertu d'une décision du ministre de l'Intérieur rendue sur la proposition motivée du médecin traitant ».

Nous avons distrait ce texte pour des raisons identiques à celles exposées dans la note précédente.

(2) Il y aurait lieu de reproduire ici la disposition de l'article 40 citée plus haut : « Les aliénés dont il est question dans les deux paragraphes précédents seront immédiatement renvoyés devant le tribunal en chambre du conseil, qui statuera dans les formes prévues à l'article 37 sur le maintien dans l'asile ou le quartier de sûreté » ; et d'ajouter le texte de la note ci-dessus.

curité, la décence ou la tranquillité publiques et sa propre sûreté.

« La demande et la déclaration susdites sont déférées de droit au tribunal qui statue en Chambre du conseil, dans les formes prescrites par l'article 37.

« Si la sortie n'est pas accordée, la Chambre du conseil peut décider qu'il se sera procédé à un nouvel examen qu'à l'expiration d'un délai qui ne peut se prolonger au-delà d'une année.

« La sortie accordée est révocable et peut n'être que conditionnelle.

« Elle est alors soumise à des mesures de surveillance réglées par la Chambre du conseil d'après les circonstances de chaque cas particulier.

« Si ces conditions ne sont pas remplies, ou s'il se produit des menaces de rechute, la réintégration immédiate à l'asile doit être effectuée conformément aux dispositions prescrites par les articles 15, 28 et 37 de la présente loi (1). »

L'article 49, enfin, s'explique sur la répartition des charges financières résultant du régime organisé par la nouvelle loi :

« La dépense d'entretien des personnes traitées en exécution des alinéas 1^o et 2^o de l'article 37, dans les asiles spéciaux construits par l'État, est supportée par les départements auxquels ces personnes appartiennent jusqu'à concurrence du prix de journée

(1) ARTICLE 15. — Lorsque les formalités nécessaires pour le placement d'une personne dans un établissement d'aliénés ont été remplies, si cette personne s'oppose par la force à son transport dans cet établissement, le maire ou le commissaire de police doit être requis par le demandeur au placement d'assurer ce transport. Le fonctionnaire ainsi requis doit faire procéder à l'exécution du placement, en dresser un procès-verbal et le transmettre dans les vingt-quatre heures au procureur de la République.

ARTICLE 28. — En cas de danger imminent, attesté par le certificat d'un médecin ou par la notoriété publique, les commissaires de police dans le ressort de la préfecture de police, et les maires dans les autres communes, ordonnent, à l'égard des personnes atteintes d'aliénation mentale, toutes les mesures provisoires nécessaires à la condition d'en référer, dans les 24 heures, au préfet qui statue sans délai.

payé par chacun de ces départements pour ses aliénés ordinaires.

« Le surplus de la dépense d'entretien s'il y en a, et les dépenses du transfèrement sont à la charge de l'Etat.

« Les dépenses des condamnés visés par l'article 36 restent entièrement à la charge de l'administration pénitentiaire.

« Il en est de même de la dépense des personnes placées pour une expertise médico-légale dans un établissement d'aliénés, ou dans un quartier ou local d'observation ou dépôt, conformément à l'article 29 ci-dessus, jusqu'à ce qu'il ait été statué sur la poursuite dont elles sont l'objet. »

Telles sont, dans leurs détails, les dispositions qui régiront, pour la première fois, en France, les aliénés criminels. Nous sommes enfin à la veille de voir aboutir cette réforme dont le principe fut posé devant le corps législatif dans la séance du 7 avril 1837. Le législateur de la première heure a méconnu l'importance de la question qui lui était soumise par voie d'amendement et l'on ne saurait faire grief de cette faute au Parlement de 1838 qui assumait la lourde tâche d'édifier de toutes pièces une loi sur les aliénés à peine distingués jusqu'alors des animaux malfaisants ou féroces (1). Trois voix, toutefois, s'élevèrent au sein de l'assemblée pour défendre les principes qui triomphent aujourd'hui. MM. Dupin, de Remusat et Dufaure s'émurent de la confusion qu'on persistait à commettre et les observations qu'ils présentèrent furent les premiers jalons de cette longue suite de travaux distingués que couronne le projet soumis actuellement au vote de la Chambre. A M. Dubief revient le mérite d'avoir conduit à sa dernière étape une loi qui

(1) Le Code pénal, dans son article 479, punit d'une amende de onze à quinze francs :

« Ceux qui auront occasionné la mort ou la blessure des animaux ou bestiaux appartenant à autrui, par l'effet de la divagation des fous ou furieux, ou d'animaux malfaisants ou féroces »

retarde de plus d'un demi-siècle ; il l'a fait en rompant hardiment avec les errements surannés et en s'inspirant des vrais principes qui doivent prévaloir ; son œuvre est en harmonie avec les données scientifiques des travaux les plus récents et il est en droit de conclure dans son exposé des motifs : « La nécessité de légiférer sur la matière nous est apparue avec une impérieuse urgence et nous l'avons fait dans un esprit de réforme qui, pour paraître un peu osé à certains esprits, ne nous en a pas moins conduit, à notre avis, aux solutions nécessaires. »

INSTITUT MÉDICO-LÉGAL

Une décision ministérielle du 22 juin 1903, approuvant une délibération du 2 avril précédent de la Faculté de médecine de Paris et celle du 25 mai du Conseil de l'Université de Paris, a institué un *diplôme universitaire de médecine légale et de psychiatrie*.

Ce diplôme, qui s'obtient à la suite d'un examen spécial, est signé par les membres du jury et par le doyen de la Faculté et délivré, sous le sceau et au nom de l'Université de Paris, par le président du Conseil de la dite Université.

La création de cet Institut, due à l'initiative de M. le professeur P. Brouardel, qui, dès 1884, en avait entretenu la Société de médecine légale (1), contribuera non seulement au développement des études médico-légales, mais permettra aussi aux magistrats de choisir les experts de préférence parmi les docteurs en médecine pourvus du *diplôme de médecin légiste*.

Il conviendrait aussi de supprimer l'article 2 du décret du 21 novembre 1893 en faveur des docteurs en médecine.

(1) *Bulletin de la Société*, t. VIII, p. 208 à 240.

cine pourvus du diplôme de médecin légiste. Cet article exige que des expertises médico-légales ne soient confiées qu'à des docteurs reçus depuis cinq ans. Les docteurs pourvus du diplôme de médecin légiste devraient pouvoir être désignés comme experts à partir du jour où ils ont reçu ce diplôme spécial, qui atteste de fortes études et paraît de nature à donner confiance aux magistrats, aux avocats et aux accusés.

BIBLIOGRAPHIE MÉDICO-LÉGALE

M. le Dr J. Louis : *Etude clinique sur les adhérences pleurales*. Lyon, A. Storck, 1893, vol. in-8° de 120 pages.

Les adhérences pleurales constituent une lésion extrêmement fréquente soit chez le vieillard, soit chez l'adulte, soit même dans la jeunesse. Elles constituent une lésion ayant un rôle pathologique qui leur est propre et ce rôle se manifeste en clinique, soit en troublant la marche des affections respiratoires ou cardiaques avec lesquelles elles coïncident et dont elles précipitent l'évolution, soit en aggravant des troubles circulatoires d'ordre accidentel. Aussi les *adhérences pleurales* sont une des grandes causes de la mort subite, observée soit par les pathologistes, soit par les médecins légistes.

Séance du 10 avril 1903.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté sans observations.

MM. les D^{rs} BRIAND et CHRISTIAN s'excusent de ne pouvoir assister à la séance. — M. le D^r ANTHEAUME est prié de remplir les fonctions de secrétaire de la séance et prend place au Bureau.

M. le SECRÉTAIRE GÉNÉRAL présente les volumes suivants, offerts à la Société pour sa bibliothèque :

M. VONOVEN, avocat à la Cour d'appel de Paris (sous le pseudonyme de Henri Varennes) : *Un an de Justice*, 1901-02, 1902-03, 1903-04 : 3 vol. in-18.

Ces volumes contiennent sous une forme humoristique un récit fort intéressant et très complet de toutes les affaires importantes, civiles, correctionnelles ou criminelles de l'année.

M. Jean IZARD, externe des hôpitaux et de la maternité de l'hôpital Tenon : *La question du mariage dans la sténose mitrale* (revision de la loi dite de Peter) ; thèse soutenue à la faculté de Paris, le 2 mars 1905 ; brochure in-8° de 100 pages.

M. Marcel SIRCOULON, ancien externe des hôpitaux : *Accommodation aux lésions* ; thèse soutenue à la faculté de Paris, le 2 mars 1905 ; brochure in-8° de 121 pages.

Après avoir constaté que le retour de la validité professionnelle, malgré la persistance des lésions, est un fait fréquent et que les lésions graves y sont sujettes comme les accidents légers, l'auteur propose de modifier l'indemnité actuellement accordée et revisable dans les trois ans qui suivent la consolidation ; il conviendrait, suivant lui, d'admettre une rente spéciale, d'une durée limitée correspondant à la période de temps qu'exige l'accommodation du blessé à ses infirmités, et modifiable tous les ans. Cette rente échelonnée est à désirer pour la facilité du constat et la diminution des abus.

M. le professeur BROUARDEL montre à la Société plusieurs exemplaires du premier numéro d'une prétendue *Revue graphique mensuelle des illustrations médicales*, qui est accompagnée de sa photographie et de celle de M. le professeur Poirier. Cette publication ne portant ni nom d'auteur ni nom d'éditeur, M. Brouardel croit devoir protester, en son nom et au nom de M. Poirier, contre ces reproductions photographiques faites sans leur autorisation, et affirmer, en tous cas, qu'ils ne patronnent en rien les médicaments auxquels cette revue semble servir uniquement de réclame.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne lecture des lettres qu'il a reçues de tous les membres titulaires ou correspondants élus dans la dernière séance, lesquelles expriment, avec des remerciements, l'assurance d'un concours effectif et dévoué aux travaux de la Société.

M. LE PRÉSIDENT souhaite la bienvenue à MM. Antheaume, Courtois-Suffit et Mauclair, qui, pour la première fois, assistent à la séance comme membres titulaires.

DÉCÈS DE M. LE DOCTEUR GARNIER.

M. le PRÉSIDENT rappelle combien la mort de M. le Dr Garnier, survenue subitement le 17 mars 1905, a affligé tous ses collègues de la Société de médecine légale et donne lecture des paroles suivantes qu'il a prononcées sur sa tombe :

Messieurs,

Au nom de la Société de médecine légale de France, je salue le collègue profondément regretté que la mort vient de nous enlever d'une manière si brusque, si imprévue.

Garnier disparaît en pleine activité, en plein travail, laissant inachevées des œuvres où il se proposait de faire connaître les résultats de sa pratique médico-légale, singulièrement instructive. Hélas ! c'est le sort de ces travaux tout personnels, de ces documents patiemment amassés pour être utilisés un jour par l'esprit qui les

avait classés, de ne plus pouvoir donner tout ce que nous étions en droit d'en attendre.

Nos regrets sont d'autant plus amers que nous savons mieux quel fut le prodigieux effort de Garnier. Depuis plus de 25 ans, il s'est élevé, échelon par échelon, à la haute situation à laquelle il est arrivé. A l'école de Lasègue, il avait pris des habitudes d'observation sévère, et il avait reçu de ce maître incomparable des leçons qui restèrent le guide le plus sûr de sa carrière de médecin-légiste : il s'en souvenait avec reconnaissance, c'est à elles qu'il a dû la maturité de son jugement, et la sûreté de ses appréciations dans les délicates et difficiles expertises qui lui furent confiées. Mais aussi, Messieurs, combien lui furent utiles les enseignements de cette admirable clinique qu'est l'Infirmierie spéciale du Dépôt de la Préfecture de Police. Voir chaque jour passer devant soi des aliénés atteints des formes aiguës ou chroniques des maladies mentales, sous leurs aspects les plus variés, se trouver aux prises avec les difficultés d'un diagnostic que souvent, bien peu de renseignements éclairent, c'est là une tâche d'autant plus redoutable, d'autant plus ardue qu'il y a une décision à prendre, une mesure grave à indiquer, et dont l'opportunité est parfois discutée avec plus de passion et de parti-pris qu'avec une juste appréciation des intérêts d'un malade souvent dangereux, ou incapable de jouir sagement de la liberté qu'il réclame. Garnier, médecin en chef de cet important service depuis 1886 a rempli ces fonctions avec un tact, une autorité, une prudence et une sagacité qui justifiaient la confiance que l'administration avait en ses lumières et dans la sûreté de ses jugements.

Il apportait le même soin, dans ses expertises médico-légales, et les magistrats accueillaient ses avis avec une faveur méritée. Le nombre de ses rapports est considérable ; ils sont remarquables par la précision avec laquelle il étudiait le malade, les faits, et la clarté qu'il sa-

vait mettre dans ses conclusions. Ce furent ces qualités qui le signalèrent à votre choix, lorsqu'en 1837 il posa sa candidature à la Société de médecine légale. Il nous communiqua de nombreux travaux, il prit à nos discussions une part des plus actives, et se distingua dans les commissions par son esprit très ouvert, par son jugement très sûr, mûri, d'ailleurs, par une vaste expérience. Il fut pour nous le collègue le plus utile, et aussi le plus estimé. Nous pouvions attendre beaucoup encore de lui, dont l'œuvre était déjà considérable. Nous nous souvenons aujourd'hui de sa vie laborieuse, de l'honneur que nous apportaient ses succès dans les Congrès scientifiques, aussi bien chez nous qu'à l'étranger; les questions qu'il y traita eurent parfois une haute portée sociale, qu'il s'agit de l'alcoolisme, des perversions morales, de la criminalité juvénile ou de la législation sur les aliénés.

Aussi, Messieurs, est-ce avec un sentiment de profonde tristesse que la Société de médecine légale de France apporte à cet homme si distingué le témoignage de l'estime en laquelle le tenaient tous ses collègues. Elle l'exprime sincèrement émue de ses regrets. Elle adresse à Madame Garnier ses plus respectueuses condoléances et elle la prie de lui permettre de s'associer à sa douleur.

DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE CHEZ LES ALIÉNÉS.

M. LE PRÉSIDENT, — L'ordre du jour appelle la discussion du rapport de M. le Dr PICQUÉ sur l'intervention chirurgicale chez les aliénés : je donne la parole au rapporteur.

M. PICQUÉ. — Messieurs, vous connaissez mon rapport qui a été imprimé dans notre *Bulletin* de janvier dernier (1) : je

(1) Voir plus haut, p. 4 à 13.

me bornerai donc à proposer au vote de la Société les différentes conclusions qui le terminent.

Voici le premier paragraphe de ces conclusions :

« 1^o Au point de vue de l'intervention chirurgicale chez les aliénés, il convient de distinguer entre ceux qui sont lucides et ceux qui sont inconscients. »

M. VALLON. — M. Picqué distingue les aliénés en deux catégories : aliénés lucides, aliénés inconscients ; cette distinction est plus théorique que pratique, car en clinique les choses sont loin d'être aussi simples.

M. Ch. CONSTANT fait observer que, en fait, il appartiendra au médecin aliéniste de trancher cette difficulté par voie de certificat.

M. JACOMY. — Y aura-t-il un certificat et, si celui-ci est peu explicite, demandera-t-on l'avis de la famille ?

M. PICQUÉ s'élève vivement contre la demande d'avis de la famille ; il s'en faut de beaucoup que les parents de tous les aliénés comprennent l'intérêt des malades et soient bienveillants envers eux. C'est au médecin qu'il appartiendra de dire si le malade est ou non lucide ; si le médecin déclare l'aliéné non lucide, ce dernier rentrera dans la deuxième catégorie : aliénés inconscients.

M. VALLON n'admet pas l'emploi du terme : aliénés lucides, on pourrait mettre : *aliénés à intervalles lucides* et modifier ainsi le texte :

« ... ceux qui ont des intervalles lucides et ceux qui sont « inconscients. »

M. PICQUÉ se rallie à cette rédaction.

M. LE PRÉSIDENT donne lecture de la première partie des conclusions ainsi modifiées ; la rédaction devient la suivante :

1^o *Au point de vue de l'intervention chirurgicale chez les aliénés, il convient de distinguer entre ceux qui ont des intervalles lucides et ceux qui sont inconscients.*

Ce texte mis aux voix est adopté.

M. LE D^r PICQUÉ donne lecture de la seconde partie de ces conclusions ainsi libellée :

« 2^o Pour les premiers, — considérant que la loi de 1838, leur ayant reconnu le droit de disposer de leurs biens, leur a

donné implicitement celui d'émettre leur avis sur tout ce qui concerne leur santé, — la Société estime qu'ils ont le droit d'accepter ou de refuser une intervention chirurgicale.

« En conséquence, le chirurgien, qui considère comme utile une opération chez un aliéné lucide, pourra opérer celui-ci sur le vu d'un certificat du médecin traitant établissant l'état de lucidité du malade et du consentement de l'aliéné à l'opération proposée. »

M. CH. CONSTANT est d'avis de commencer ce second paragraphe par les mots : « pour les aliénés à intervalles lucides »... au lieu de « pour les premiers »... de la sorte toute ambiguïté disparaît.

M. JACOMY demande que la fin du paragraphe soit ainsi modifiée :

« En conséquence, le chirurgien qui considère comme utile une opération chez un aliéné à intervalles lucides pourra opérer celui-ci sur le vu d'un certificat du médecin traitant établissant l'état actuel de lucidité du malade et son consentement à l'opération proposée. »

M. LE PRÉSIDENT met aux voix ces modifications ; la Société décide l'adoption du paragraphe second ainsi rédigé :

Pour les aliénés à intervalles lucides, — considérant que la loi de 1838, leur ayant reconnu le droit de disposer de leurs biens, leur a donné implicitement celui d'émettre leur avis sur tout ce qui concerne leur santé, — la Société estime qu'ils ont le droit d'accepter ou de refuser une intervention chirurgicale.

En conséquence, le chirurgien, qui considère comme utile une opération chez un aliéné à intervalles lucides, pourra opérer celui-ci sur le vu d'un certificat du médecin traitant établissant l'état actuel de lucidité du malade et son consentement à l'opération proposée.

M. LE D^r PICQUÉ reprend la lecture des conclusions de son rapport, dont les deux derniers articles sont ainsi conçus :

« 3^e Pour les aliénés inconscients, — la Société émet le vœu que la loi nouvelle proclame nettement le droit qu'elle a de protéger l'aliéné dans sa santé, comme dans ses biens, sous la garantie du pouvoir judiciaire ;

« 4^e La Société estime que la Chambre du Conseil du tribunal civil est tout indiquée, en cas de conflit avec les familles ou en leur absence, pour résoudre, après avoir pris l'avis

d'un ou de plusieurs médecins experts, toutes les questions relatives à la santé et au traitement médico-chirurgical des aliénés. »

M. MOTET propose la réunion en un seul article de ces deux paragraphes.

M. JACOMY, à propos de la première partie de l'article 3 ainsi modifiée repousse l'expression : — « La Société émet le vœu que la loi nouvelle *proclame nettement le droit qu'elle a* de protéger l'aliéné » ; en tant que jurisconsulte, il trouve cette rédaction incorrecte et propose la suivante : « La Société émet le vœu que la loi nouvelle *édicte des dispositions de nature à* protéger l'aliéné. »

M. PICQUÉ accepte cette modification qui mise aux voix est adoptée par la Société.

Une discussion s'engage alors au sujet de l'adoption de la seconde partie de l'article 3, discussion à laquelle prennent part MM. Jacomy, Vallon, Picqué, Motet et Constant.

M. JACOMY. — Le début de la seconde partie du paragraphe 3 est ainsi libellé : « La Société estime que la Chambre du Conseil du tribunal civil est tout indiquée, en cas de conflit avec les familles ou en leur absence, pour résoudre... » ; je propose de modifier ainsi ce texte : « La Société, estime que la Chambre du Conseil du tribunal civil *paraît* tout indiquée, à défaut des familles ou en cas de conflit avec elles pour résoudre... »

M. VALLON. — Je tiens à appeler l'attention de la Société sur la dernière partie des conclusions de M. Picqué. Il n'avait d'abord été question, quand ce rapport a été confié à notre éminent collègue, que des grandes opérations chez les aliénés. Or la dernière phrase des conclusions qui vous sont soumises laisse supposer toute autre chose puisqu'il est question de « toutes les questions relatives à la santé et au traitement médico-chirurgical des aliénés » Cela me semble inadmissible.

M. PICQUÉ. — La loi ne nous donne pas le droit de soigner les aliénés comme nous le voudrions.

M. VALLON. — Heureusement si. et pour ma part j'estime que j'ai, comme médecin, à la fois le droit et le devoir de traiter les aliénés qui me sont confiés ; les difficultés que vous

envisagez ici ne peuvent commencer que quand il s'agit d'une intervention chirurgicale exceptionnelle ne rentrant pas dans le domaine de la chirurgie d'urgence.

M. MOTET. — Il convient de ramener la question à ses proportions premières, il s'agit ici d'intervention chirurgicale et non de traitement médico-chirurgical.

M. CONSTANT. — Pour résumer ce débat, je propose les modifications suivantes *in fine* de l'article 3 : « pour résoudre, après avoir pris l'avis d'un ou de plusieurs médecins experts, toutes questions relatives aux interventions chirurgicales chez les aliénés. »

M. le PRÉSIDENT donne lecture de l'ensemble du paragraphe 3 divisé en deux paragraphes, avec les modifications réclamées par MM. Jacomy, Constant et Vallon ; le texte est le suivant.

3° Pour les aliénés inconscients, — la Société émet le vœu que la loi nouvelle édicte des propositions de nature à protéger l'aliéné dans sa santé comme dans ses biens, sous la garantie du pouvoir judiciaire.

La Société estime que la Chambre du Conseil du tribunal civil paraît tout indiquée, à défaut des familles ou en cas de conflit avec elles, pour résoudre, après avoir pris l'avis d'un ou de plusieurs médecins experts, toutes questions relatives aux interventions chirurgicales chez les aliénés.

M. LE PRÉSIDENT met aux voix cette rédaction qui est adoptée. L'ensemble des conclusions est ensuite adopté.

M. Ch. CONSTANT. — M. Picqué demande que les conclusions qui viennent d'être adoptées par la Société, touchant l'intervention chirurgicale chez les aliénés, soient transmises à M. le rapporteur de la Commission de réforme de la loi de 1838 ainsi qu'à M. le préfet de la Seine. Si la Société partage cet avis, je ferai le nécessaire dans ce sens.

Cette proposition est adoptée.

DE L'ALIÉNATION MENTALE

COMME CAUSE DE DIVORCE.

M. LE PRÉSIDENT donne la parole à M. le conseiller JACOMY pour la lecture de son rapport. Il s'exprime ainsi :

Messieurs,

M. Lutaud a saisi, l'an dernier, la Société de médecine légale de l'intéressante question de savoir s'il n'y aurait pas lieu d'inscrire au nombre des causes de divorce l'aliénation mentale reconnue incurable (1).

La commission que vous avez nommée pour examiner la proposition a été d'avis, après discussion, d'admettre cette cause de rupture du lien conjugal sous certaines conditions déterminées, sans lui attribuer pourtant le caractère d'une cause péremptoire de divorce, et en laissant toujours aux tribunaux la faculté de l'accueillir ou de l'écarter, suivant les circonstances.

La question, Messieurs, n'est pas nouvelle dans notre législation ; elle est déjà plus que centenaire, et certains disent qu'elle n'est pas encore mûre !

Le décret-loi de l'Assemblée nationale, en date du 20-25 septembre 1792, dans son article 4, faisait figurer en première ligne, parmi les motifs déterminés de divorce : « la démence, la folie ou la fureur de l'un des époux ». Le Code civil écarta, au contraire, cette cause de divorce, et le tribun, Gillet, orateur du Tribunal, nous en donne la raison dans le style particulier de l'époque : « Sans doute, dit-il, l'époux dont l'esprit s'aliène n'est plus, sous le rapport de l'une de ses facultés les plus essentielles, le même être que celui avec qui l'union avait été contractée ; mais dans cette altération cruelle, il n'y a rien de son fait ni de sa volonté, et l'on ne peut pas dire de lui qu'il a rompu le contrat. Quand il garde sa foi, pour-

(1) La proposition de M. Lutaud a été insérée dans le *Bulletin de la Société*, 1904, p. 41 à 52.

« quoi donc celle de son associé serait-elle dégagée ? Et
« où serait la sublimité des devoirs du mariage, où serait
« sa dignité, si, borné à une simple association de plaisirs, il n'était pas bien plus encore une assistance générale
« néreuse que deux faibles créatures se prêtent contre
« tous les maux de l'humanité et un mutuel entre-soutien
« port dans la carrière douloureuse de la vie ».

Vou voyez apparaître dans ces paroles l'idée dominante qui a toujours été le grand argument invoqué en faveur de l'aliéné. Il n'a rien à se reprocher à l'égard de son conjoint ; donc il n'y a pas lieu de les divorcer.

Lors de la discussion de la loi de 1834 sur le rétablissement du divorce, la question se posa de nouveau. M. Alfred Naquet, dans son projet déposé le 21 mai 1878, proposait formellement comme cause de divorce l'aliénation mentale de l'un des époux, quand elle avait duré deux ans et plus. Elle fut écartée par les commissions et les assemblées parlementaires pour trois motifs principaux, l'un de pur sentiment, l'autre d'ordre plus juridique, le troisième enfin purement scientifique.

On fit valoir tout d'abord que la maladie qui frappait l'un des conjoints, quelle que fût sa gravité, ne pouvait jamais être regardée comme de nature à dégager l'autre époux des obligations d'aide et d'assistance réciproque qui sont le fondement et l'honneur même du mariage. On estima, en second lieu, que l'idée générale du divorce, dans notre code, étant basée sur une faute commise à l'égard du conjoint par celui contre lequel le divorce est prononcé, on ne saurait juridiquement concevoir l'application du divorce à un malheureux malade auquel on ne peut reprocher que le mal dont il souffre. Nous avons déjà rencontré ces deux ordres d'arguments dans le rapport de l'orateur du Tribunat. On invoqua enfin, (et je crois bien que ce fut ici l'argument décisif), l'opinion, produite au cours des travaux préparatoires de la loi, de trois aliénistes célèbres, les docteurs Charcot, Blanche et notre

collègue, M. le Dr Magnan, d'après laquelle il ne serait pas possible d'affirmer avec certitude, sauf peut-être pour la paralysie générale arrivée à sa dernière période, l'incurabilité de la maladie survenue au cours du mariage.

Ces considérations n'ont point paru concluantes à votre commission.

L'argument tiré du devoir d'aide et d'assistance réciproque tombe devant cette simple remarque que ce devoir ne trouve plus matière à s'exercer, au moins en tant qu'aide et assistance *personnelles*, à l'égard d'un aliéné incurable qui devra être, par la force des choses et par la nécessité même des soins à lui donner, enfermé dans une maison de santé. Le devoir d'assistance ne pourra plus s'exercer ici que sous la forme d'une contribution pécuniaire, qui n'exige pas nécessairement le maintien du lien conjugal, et de visites plus ou moins espacées, qui, sans apporter aucune consolation ni aucun réconfort au malade, désormais étranger aux sentiments affectifs, pourront constituer, dans bien des cas, un obstacle sérieux à l'amélioration de son état. De plus, même en se plaçant au point de vue des aliénés non internés, la réciprocité de sentiments et de soins, qui forme la base du raisonnement que nous examinons et du mariage lui-même, fait ici complètement défaut et se trouve détruite pour toujours, par suite de l'obturation des facultés affectives et intellectuelles de l'aliéné. Il suffit, enfin, de faire observer que le vain espoir d'apporter à l'état du malade un adoucissement fort aléatoire ne semble pas pouvoir être mis en balance avec l'affreuse situation créée à son conjoint par un lien qui l'attacherait pour la vie entière à un être désormais inconscient, un véritable fantôme d'époux, retranché pour toujours de la vie sociale, et qui ne continuerait à n'y figurer que fictivement et seulement vis-à-vis de lui. L'inutilité même du sacrifice fait éclater la faiblesse du raisonnement.

L'argument d'ordre juridique, tiré de la conception fon-

damentale du divorce dans notre droit, ne paraît pas non plus décisif. Sans doute, le législateur de 1884 semble avoir basé sa théorie du divorce sur l'idée d'un acte répréhensible dirigé par l'un des époux contre l'autre, à la différence du législateur de 1804, qui admettait le divorce pour simple incompatibilité d'humeur. Mais, outre que cette théorie n'est pas absolue, puisque la loi de 1884 admet comme cause de divorce toute condamnation à une peine afflictive ou infamante quoique ce ne soit pas là un acte dirigé contre le conjoint, et que celui-ci ne puisse en être atteint qu'indirectement, il faut bien reconnaître, en tout cas, que le point de vue de la loi paraît être quelque peu étroit et illogique, et que souvent l'un des époux pourra souffrir beaucoup plus d'une situation résultant de circonstances accidentelles que d'un état de choses créé par des actes volontaires de l'autre époux. On comprend que la loi repousse en bloc le divorce comme portant atteinte au principe abstrait de l'indissolubilité du lien conjugal, quoiqu'une pareille législation soit tout de suite obligée, pour remédier à des situations inextricables, de se réfugier dans la théorie des nullités de mariage ; mais on comprend moins que, l'idée du divorce une fois admise et sous prétexte de ne pas le prodiguer ou le banaliser, le législateur refuse d'envisager des situations beaucoup plus pénibles et plus douloureuses que celles dont il affranchit sans difficulté les époux dans certains cas. Certaines injures, même graves, sont de nature à s'atténuer avec le temps, et ne séparent pas irrémédiablement les époux, au lieu que l'aliénation incurable de l'un d'eux condamne l'autre à l'isolement légal et définitif. Assurément, le malade contre lequel le divorce sera ainsi prononcé n'aura, nous l'admettons par hypothèse, rien à se reprocher à l'égard de l'autre époux ; et il peut, à première vue, paraître injuste de le rendre responsable d'une situation qu'il subit bien malgré lui. Mais, cette considération, qui serait juste s'il s'agissait

d'un époux susceptible de revenir à la santé et de reprendre, par conséquent, la plénitude de ses droits et de sa situation antérieure, demeure sans valeur quand il s'agit d'un conjoint définitivement et à jamais retranché de l'union conjugale par la nature même de son mal. L'aliéné incurable, on l'a fort bien dit, est un mort-vivant. Et il serait véritablement illogique autant que cruel de lier désespérément l'époux vivant à un cadavre, sous prétexte que le cadavre *ne l'a pas fait exprès*.

Et ceci nous amène naturellement au point décisif de notre sujet. Nous devons conclure des considérations ci-dessus que le divorce ne peut être prononcé qu'à l'égard d'un aliéné *incurable*. Or l'état actuel de la science permet-il de décider avec certitude si un aliéné est ou non susceptible de revenir à la santé? Car s'il existe le moindre espoir de guérison, les raisons qui justifient la nécessité du divorce en cas d'aliénation de l'un des époux perdent toute leur valeur. La réapparition de l'aliéné guéri serait le plus sanglant des réquisitoires contre une loi qui aurait profité de sa maladie pour le condamner, sans qu'aucun grief pût être élevé contre lui, au profit de l'autre époux trop égoïste ou trop vite découragé.

C'est ici, Messieurs, que doivent intervenir dans le débat les connaissances spéciales de ceux d'entre vous qui s'occupent plus particulièrement des maladies mentales. Nous avons vu plus haut qu'en 1884 l'opinion de MM. Charcot, Blanche et Magnan avait paru décisive pour faire écarter l'aliénation mentale des causes de divorce. Les travaux parlementaires de cette époque ne reproduisent pas le texte du rapport de ces trois aliénistes. Mais nous le trouvons ainsi résumé dans le travail du rapporteur au Sénat, M. de Marcère (1) :

« Les maladies de ce genre, quand elles sont héréditaires, se reconnaissent à des symptômes certains avant l'âge où, d'ordinaire, on se marie. Chez les adul-

(1) *Journal officiel* du 14 mars 1882, Débats parlementaires, p. 323.

« tes, la démence accidentelle est guérissable. Enfin, les
« malades atteints de paralysie générale, seuls, sont in-
« curables dans la dernière période de leur maladie, pé-
« riode qui ne dure que de deux à cinq ans au plus. Ainsi,
« ou le conjoint de l'aliéné a lié son sort à ce malheureux
« en connaissance de cause et par suite d'un calcul
« odieux ou dans un esprit de sacrifice sans bornes ; ou
« bien frappé dans ses affections, il peut croire que l'ê-
« tre à qui il s'est uni lui sera rendu après une terrible
« épreuve ; ou il sait à l'avance que la mort inexora-
« ble délivrera dans un court délai l'infortuné à qui il
« est uni ; dans aucun cas, la Société n'a le droit d'inter-
« venir pour dégager l'époux des devoirs qui subsistent,
« qui sont rendus plus étroits par le malheur même et
« dont l'accomplissement, si pénible qu'il soit, n'est ja-
« mais sans espérance. »

Ainsi, le principal motif sur lequel semble s'appuyer l'opinion de MM. Charcot, Blanche et Magnan, si leur avis a été exactement résumé, serait tiré de la curabilité toujours possible de la maladie, sauf dans la dernière période, relativement courte, de la paralysie générale. Or, il s'est trouvé dans votre Commission des aliénistes qui ont cru pouvoir lui affirmer que, dans l'état actuel de la science, on pouvait, à des signes certains, reconnaître l'incurabilité de la maladie, parvenue à un certain degré, en dehors même des cas de paralysie générale. C'est en considération de cette affirmation, et sous la garantie de la force nouvelle dont votre adhésion pourra l'augmenter, que votre Commission croit devoir vous proposer l'adoption de la proposition de M. Lutaud. Elle subordonne, en effet, sa conclusion affirmative à la solution de la question purement médicale qui vous est ainsi nettement posée.

Nous devons dire, pour éclairer complètement le débat, que l'aliénation mentale est, à l'heure actuelle, admise comme cause de divorce, dans diverses législations.

En Suisse, l'article 46 de la loi fédérale du 24 décembre 1854 dispose que « sur la demande de l'un des époux, le divorce doit être prononcé : 1°... 2°... 3° pour cause d'aliénation mentale, lorsqu'elle dure depuis trois ans et est réputée incurable. »

D'après le Code civil prussien, art. 1569 : « Un époux peut demander le divorce lorsque l'autre époux est tombé dans un état de démence, que cet état a duré déjà trois ans au cours du mariage et a acquis un tel degré que la communion intellectuelle a cessé entre les époux, ainsi que tout espoir de la rétablir. »

Dans le royaume de Suède, l'ordonnance royale du 27 avril 1810 sur les divorces édicte que « les tribunaux doivent, sur la demande de l'un des époux, prononcer le divorce lorsque l'autre époux est dans un état complet de folie qui a duré, d'une manière continue, pendant trois ans, et que d'après l'attestation d'un médecin, il n'y a aucun espoir d'amélioration. Cependant, lorsque le divorce est demandé en se basant sur l'insanité d'esprit de l'autre époux, il appartient au juge, après avoir entendu les plus proches parents de celui-ci, ou à défaut, son tuteur ou son ancien *giftoman*, de rechercher avec soin dans quels termes les époux vivaient ensemble, et de savoir, autant que possible, si la folie a été causée ou hâtée par le conjoint, auquel cas le divorce ne devrait pas être prononcé. »

En Amérique, la législation de l'Etat de New-York prononce l'annulation du mariage pour cause de *démence*.

Le Code de l'Etat de Géorgie, art. 1712, accorde le divorce *complet* pour *incapacité mentale*.

Il semble, Messieurs, que toutes ces autorités législatives doivent encourager le législateur français à admettre à son tour une réforme qui semble bien répondre à une nécessité sociale, et qu'il ne trouve pas dans la science l'obstacle absolu qu'on lui a jusqu'ici opposé.

Il va sans dire qu'il y aura lieu de prendre toutes les

précautions nécessaires pour qu'aucune surprise ne soit possible, et voilà pourquoi votre Commission propose, comme condition préliminaire et préjudicielle du divorce, en dehors du pronostic d'incurabilité définitive, que la démence confirmée dure déjà depuis cinq ans.

En outre, comme nous le disions au début de ce rapport, votre Commission a pensé qu'il y avait lieu de ne point donner à l'aliénation mentale le caractère d'une cause *péremptoire* de divorce, c'est-à-dire que, même en cas d'incurabilité reconnue, il était plus prudent de laisser aux tribunaux la faculté de dissoudre ou de maintenir l'union conjugale. Elle a pensé qu'en une matière aussi délicate, il fallait laisser au juge le soin et le pouvoir de déjouer tous les calculs, et notamment celui de tel conjoint qui aurait épousé en connaissance de cause un candidat à l'aliénation dans le but de s'emparer de sa fortune, ou de tel autre, qui aurait provoqué ou hâté l'aliénation par des mauvais traitements ou tout autre procédé répréhensible. Des calculs de cette nature peuvent se dissimuler sous des formes multiples, et il serait difficile de les énumérer dans la loi sous forme d'exceptions au principe général. Il est préférable de laisser au juge le soin de les dépister.

Il y aurait lieu, en outre, le jour où la proposition serait admise par le législateur, de la mettre en harmonie avec diverses dispositions du Code qui ne peuvent s'appliquer dans ce cas spécial de divorce; je signale notamment les dispositions des articles 299 et 300 du Code civil, aux termes desquels l'époux contre qui le divorce est prononcé perd tous les avantages que l'autre époux lui avait faits, et réciproquement, l'époux qui obtient le divorce conserve les avantages à lui faits par l'autre, même quand la réciprocité n'a pas lieu. Il est bien évident que, dans notre cas, le maintien de ces dispositions, de la seconde tout au moins, aboutirait à une injustice flagrante au préjudice de l'aliéné, et qu'il faudra faire cadrer des

dispositions de ce genre avec une situation tout à fait exceptionnelle.

La Commission propose donc à votre discussion les mentions suivantes :

1° Dans l'état actuel de la science médicale, il est des cas où l'incurabilité définitive de l'aliénation mentale peut être reconnue et affirmée.

2° Les tribunaux pourront admettre comme cause de divorce l'aliénation mentale confirmée, quand elle aura duré cinq ans, et que son incurabilité définitive aura été déclarée par trois experts au moins désignés par justice.

M. BROUARDEL. — Avant de discuter les conclusions de M. Jacomy, il serait bon de spécifier quels sont les signes qui permettent d'affirmer qu'un aliéné est incurable.

M. VALLON. — Je m'associe à la remarque de M. Brouardel et j'ajoute qu'il peut être dangereux d'établir, en droit, que l'incurabilité est une cause de divorce, car les autres maladies incurables pourront être également invoquées comme cause de divorce : lupus, cancer, épilepsie, etc.

A la suite de ces observations, la Société décide que les médecins aliénistes faisant partie de la Société se réuniront, sur la convocation de M. le président Motet, pour élucider cette question préjudicielle : *des signes de l'incurabilité chez les aliénés*.

La discussion du rapport de M. Jacomy est renvoyée à une séance ultérieure.

SUR L'EMPLOI DES ANESTHÉSIES ET DE LA RADIOGRAPHIE DANS LES EXPERTISES.

M. CHASSEVANT donne lecture de son rapport qui est ainsi conçu :

A la suite de la lecture, faite par notre collègue M. Granux, d'un exposé méthodique sur cet important sujet, la Société de médecine légale a chargé une commission (1)

(1) La Commission est composée de : MM. Briand, Chassevant, Duhost, Granjux, Jacomy, Rocher, Thibierge.

d'étudier cette question, et de répondre aux interrogations posées par notre collègue.

Avant d'aborder l'étude de l'emploi des anesthésiques et de la radiographie dans les expertises médico-légales, nous devons d'abord nous préoccuper de répondre à une question d'ordre beaucoup plus général, que notre collègue Granjux a, du reste, posée dans son travail :

1° A-t-on le droit d'imposer à un accidenté de travail un mode d'exploration qui n'est pas exempt de danger ?

2° Peut-on faire état contre un accidenté de son refus de se prêter à un examen non exempt de danger ou d'inconvénient ?

On ne peut répondre que par la négative aux deux questions ainsi formulées.

Non, il n'est pas admissible d'imposer un mode d'exploration, qui n'est pas exempt de danger ou d'inconvénient, même lorsque faute d'application de ce mode d'exploration, il devient impossible à l'expert de découvrir la vérité, et alors même que cet examen devrait produire la certitude de cette vérité.

L'expert doit seulement mentionner dans son rapport le refus, ainsi que toutes les autres causes, qui l'empêchent de préciser ses conclusions d'une manière satisfaisante. Le juge seul doit apprécier les motifs qui ont amené le malade ou l'accidenté à refuser un examen nécessaire.

Cette question de principe, ainsi résolue doit-elle exclure l'emploi des anesthésiques et de la radiographie dans les expertises médico-légales ?

Nous ne le pensons pas.

L'expert a le devoir pour arriver à la connaissance de la vérité de se livrer à tout examen et manœuvres nécessaires ; mais il doit se rappeler qu'il reste soumis aux règles du droit commun et qu'il est responsable des accidents ou incidents qui peuvent résulter de ses manœuvres.

En ce qui concerne l'anesthésie générale, notamment la chloroformisation, nous estimons que ce mode d'ex-

ploration doit être proposé, toutes les fois que l'expert pense que l'exactitude du diagnostic peut en dépendre, et lorsqu'après examen du sujet toutes les chances de la réussite de l'anesthésie auront été constatées.

Alors que le chirurgien a le droit, pour établir son diagnostic ou pour une opération curative, de recourir à l'anesthésie générale indispensable à la réussite de son intervention, qui a pour but la guérison du malade, même chez des sujets douteux, l'expert a le devoir de ne proposer l'examen sous le chloroforme, que lorsque toutes les conditions optimas plaident en faveur de la réussite.

L'expert doit avoir toujours présent à l'esprit que, si les anesthésies générales sont le plus souvent sans danger ni suites fâcheuses, la fatalité peut amener quelquefois la mort, ce qui arrive, d'après les statistiques les plus récentes, une fois sur 3.000 anesthésies chloroformiques et une fois sur 5.000 anesthésies par l'éther. Il devra donc ne pratiquer l'anesthésie générale, dans l'état actuel de la science, qu'après avoir fait connaître au sujet l'importance de la constatation à faire et la nécessité de pratiquer l'examen pendant l'anesthésie générale et seulement avec l'assentiment écrit du sujet observé, ainsi que le conseillent du reste M. le professeur Brouardel et les divers auteurs médecins et chirurgiens qui ont écrit sur la question : MM. Ollive et Le Meignen, Forgue et Jeanbrau.

Il nous semble que la prohibition absolue de l'emploi de l'anesthésie générale pour les expertises est un peu trop radicale, les règlements militaires l'interdisent cependant d'une façon formelle.

L'examen radiographique ou radioscopique échappe-t-il aux réserves que nous avons formulé tout à l'heure ?

La radiographie est-elle à l'heure actuelle, exempte de danger ?

Certains spécialistes n'ont pas craint d'écrire que les

accidents observés à la suite de radiographies sont toujours le résultat de l'inexpérience ou de l'imprudence de l'opérateur.

Nous ne saurions nous associer à cette opinion hasardee, et il nous suffira de rappeler à ces spécialistes qu'ils font aussi de la *radiothérapie*. Le rayon X a donc une action thérapeutique ; c'est-à-dire modificatrice de nos tissus, humeurs et viscères.

Tant que les physiciens ne nous auront pas permis de dissocier les rayons X radiographiques, c'est-à-dire ceux, qui théoriquement traversent le corps sans y rien modifier, et viennent peindre notre squelette en décomposant le seul iodure d'argent de la plaque photographique, des rayons X radiothérapiques, qui agissent sur nos tissus, si tant est qu'ils diffèrent entre eux et si cette dissociation est possible. Il est au moins prématuré et antiscientifique de donner à l'heure actuelle aux rayons X un brevet d'innocuité absolue.

Il faut toujours se rappeler que certains sujets peuvent être ultra-sensibles à l'action trophique des rayons X et auront des accidents plus ou moins graves, même après des expositions extrêmement courtes. Ces phénomènes d'*idiosyncrasie* ne sont pas particulier aux rayons de Röntgen ; tout le monde connaît des faits analogues pour la plupart des médicaments actifs : morphine, quinine, antipyrine, etc. Il serait étonnant que le médicament physique rayon X fasse exception à la règle.

Quoiqu'il en soit, la radiographie tend à devenir pratiquement d'une application le plus souvent inoffensive, à la condition d'observer la technique nouvelle et d'employer les appareils perfectionnés, qui permettent l'éloignement du foyer producteur des rayons et les courtes poses.

On peut donc dire que, dans la majorité des cas, les examens radiographiques et radioscopiques ne présentent aucun inconvénient.

Avec la radioscopie on n'a pas à craindre comme avec les anesthésiques généraux, d'assister aux terribles accidents mortels. Les accidents provoqués par les rayons de Röntgen chez quelques sujets particulièrement sensibles à l'action trophique des rayons X, consistent le plus souvent, en dermatites légères, chutes de poils, brûlures superficielles ; accidents qui, exceptionnellement, peuvent persister et se compliquer.

L'expert a donc le droit de réclamer avec insistance l'examen radiographique lorsqu'il le jugera nécessaire ; mais il ne doit pas imposer cet examen, et devra réclamer l'assentiment écrit du sujet observé.

En résumé, nous estimons que l'expert a le droit et le devoir d'utiliser les anesthésiques et la radiographie dans les expertises médico-légales.

Ces modes d'exploration ne sont pas cependant, à l'heure actuelle, absolument exempts de dangers ou d'inconvénients.

L'expert devra donc s'entourer de toutes les précautions prescrites par l'art et la science, pour assurer la réussite de son examen sans dommage pour le patient.

Il ne devra pratiquer ces examens qu'après avoir fait connaître aux sujets l'importance de la constatation nécessaire à la manifestation de la vérité, les raisons qui nécessitent l'emploi de l'anesthésie générale ou de la radiographie ; et seulement avec l'assentiment écrit des personnes examinées.

En cas de refus d'examen, l'expert doit simplement le mentionner dans son rapport sans en tirer de conclusions, le juge devant seul apprécier les motifs qui ont amené l'accidenté à refuser un examen nécessaire.

Les conclusions du rapport de M. le Dr Chassevant sont adoptées.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée à 5 h. 45.

P. le secrétaire des séances Dr ANTHEAUME.

NOTES DE JURISPRUDENCE

I. — EMPLOI DE LA RADIOGRAPHIE. RESPONSABILITÉ DU MÉDECIN OU DE L'OPÉRATEUR.

Les conclusions du rapport de M. le D^r Chassevant, approuvées par la Société de médecine légale dans sa séance du 10 avril (plus haut, p. 113 à 117), ne sont pas contredites par la jurisprudence, notamment par les solutions données par le tribunal de la Seine (4^e et 1^{re} Chambres) dans deux jugements en date des 5 janvier et 8 mars 1901 (1). En effet, l'un et l'autre affirment la nécessité, pour le médecin ou l'opérateur, de *« s'entourer de toutes les précautions prescrites par l'art et la science, pour assurer la réussite de son examen sans dommage pour le patient. »*

Le jugement de la 4^e Chambre du tribunal de la Seine, en date du 5 janvier 1901, pose tout d'abord le principe suivant, qu'il est toujours bon de rappeler en cette matière, à savoir : « Il n'appartient pas aux tribunaux de rechercher si la radiographie peut être employée dans le traitement d'une maladie (dans l'espèce, une névralgie faciale) ; ils ne peuvent, en effet, être juges de l'opportunité et de l'efficacité des traitements médicaux ou autres, appliqués aux malades, ni s'immiscer dans des questions scientifiques dont la solution doit être laissée à la conscience et à la capacité du médecin traitant.

« Mais — ajoute le tribunal — il en est autrement si une *faute lourde*, témoignant d'une négligence, d'une maladresse, d'une expérience manifeste, est alléguée contre le médecin. » Il importe, dès lors, de faire établir au préalable, par une expertise confiée à un homme de l'art, si la négligence, la maladresse ou l'inexpérience invoquées sont justifiées dans l'espèce soumise à l'appréciation du tribunal.

(1) Le texte complet de ces deux jugements a été rapporté dans la *France Judiciaire* 1901, 2^e partie, p. 86 et 143.

Dans le second jugement susvisé, celui de la 1^{re} Chambre du tribunal de la Seine en date du 8 mars 1901, application de ces principes a été faite en contradiction, il est vrai, avec les conclusions de l'expert et il a été décidé que « le médecin dirigeant un établissement spécial de radiographie commet une faute engageant sa responsabilité dans les termes du droit commun (art. 1382 C. civ.), lorsque en l'absence de tous les moyens scientifiques de préservation alors connus de tous les radiographes, il a soumis dans des conditions défectueuses un malade à des poses trop prolongées et trop fréquentes, et renouvelé ces poses alors qu'il constatait les traces irrémédiables de brûlures produites par une séance antérieure ».

Le tribunal ajoute — et c'est peut-être sur ce point que le jugement du 8 mars 1901 pourrait-être critiqué — que « cette *faute*, fût-elle même considérée comme *légère*, suffirait à rendre le médecin responsable des accidents consécutifs à l'application imprudente de la radiographie », parce que, dans l'espèce, le directeur de l'établissement de radiographie déclaré responsable, quoique ayant le titre de docteur qui est de nature à offrir une garantie à ses clients, n'en était pas moins un industriel d'un genre particulier, responsable, aux termes de l'article 1382 du Code civil de tout fait quelconque de sa part portant préjudice à autrui.

Il nous a paru intéressant de noter ici ces deux décisions judiciaires comme des annexes nécessaires au rapport si remarquable de M. le D^r Chassevant.

II. — EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE. MAGNÉTISEUR NON POURVU DU DIPLOME DE DOCTEUR.

Par un arrêt du 29 décembre 1900, la Chambre criminelle de la Cour de Cassation a décidé que « le fait par un individu non muni du titre de docteur en médecine de donner habituellement des soins à des malades au

moyen de passes magnétiques, même sans prescrire aucun traitement ni faire subir aucune opération, constitue le délit d'exercice illégal de la médecine, prévu et puni par l'article 16 de la loi du 30 novembre 1892. »

La cour de Paris par arrêt du 15 mars 1899 s'était prononcée dans le même sens (1), mais la cour d'Angers, dans son arrêt, que la Cour suprême a cassé, avait cru pouvoir déclarer que « le magnétisme ne peut être considéré comme un traitement » et qu'il résultait des débats parlementaires qui ont précédé le vote de la loi de 1892 que « jamais l'intention de la commission législative n'avait été de viser les magnétiseurs. »

On sait que cette question avait attiré l'attention du XIII^e congrès international de médecine et que celui-ci avait au contraire déclaré que l'hypnotisme et le magnétisme sont de véritables agents thérapeutiques dont l'emploi inconsidéré peut entraîner de graves conséquences et que la pratique en doit être dès lors, réservée aux personnes pourvues du diplôme de docteur en médecine.

(1) Consulter au besoin le texte de l'arrêt de cassation et de l'arrêt de Paris sus-datés dans la *France Judiciaire*, 1899, 2, 254 et 1901, 2, 68.

Séance du 8 mai 1905

Présidence de M. le Dr MOTET.

S'excusent de ne pouvoir assister à la séance : MM. Briand, Dayras, Granjux et Maucclair.

M. ANTHEAUNE est prié de remplir les fonctions de secrétaire en l'absence de MM. Briand et Granjux.

A propos du procès-verbal de la dernière séance, M. le SECRÉTAIRE GÉNÉRAL fait observer qu'on a omis de mentionner la nomination d'une commission chargée d'examiner une question relative à l'*extension à la famille du failli du privilège du médecin sur les frais de dernière maladie*. Cette commission est composée de M. le Prof. Brouardel et de MM. les conseillers Dayras et Dubost.

Après cette observation, le procès-verbal de la séance du 10 avril est adopté.

M. le SECRÉTAIRE GÉNÉRAL fait observer que le second lundi de juin se trouvant jour férié (lendemain de la Pentecôte, il y a lieu d'ajourner la *prochaine séance*. — La Société décide qu'elle aura lieu le 19 juin.

Il annonce aussi qu'il a reçu une circulaire de laquelle il résulte que le *Congrès contre l'exercice illégal de la médecine*, qui devait avoir lieu en juin 1905, est ajourné à l'an prochain.

M. le PRÉSIDENT propose, au nom du Bureau, de nommer *membre honoraire* de la Société M. DITTE, président du tribunal civil de la Seine. Cette proposition rencontre l'approbation unanime des membres présents. — M. le Secrétaire général est chargé d'informer M. le président Ditte de sa nomination.

M. le SECRÉTAIRE GÉNÉRAL présente à la Société quelques brochures et revues, notamment un tirage à part de la communication faite à la Société (séance du 13 mars 1905) par M. René Decante, sur le *Régime des aliénés criminels d'après la proposition de loi soumise au Parlement*.

Il signale aussi dans les *Archives d'anthropologie criminelles* (n° d'avril-mai 1905, une fort intéressante étude de MM. L. Wachholz et S. Horoszkiewicz, de l'Institut médi-

cal de l'Université de Cracovie, sur l'état du sang chez les noyés. — La Société décide que les conclusions de cette étude seront publiées dans le Bulletin de la Société de médecine légale, afin de pouvoir les rapprocher du travail de M. le Dr Stoenesco sur la *cryoscopie du sang des noyés* (1).

M. le Dr Ch. VIBERT offre à la Société, pour sa bibliothèque, un exemplaire de sa brochure sur *la catastrophe du Métropolitain*, qui s'est produite le 11 août 1903 à la station du boulevard Barbès et à celle des Couronnes. (Broch. in-8° de 30 pages).

M. le Dr Vibert, qui a examiné, sauf trois, les 84 victimes de cette catastrophe, croit pouvoir dire (p. 9) que tous ont succombé à une intoxication par l'oxyde de carbone. Parmi les personnes qui ont échappé à la catastrophe, neuf seulement se sont plaintes de troubles de la santé consécutifs à l'accident ; ces troubles se rattachaient à trois causes principales ; intoxication par oxyde de carbone, action de la fumée, émotion occasionnée par l'accident (p. 15). « Cette très minime proportion de névrose traumatique — dit M. Vibert (p. 18.) — chez les survivants de la catastrophe me paraît fort remarquable. Le nombre des cas a toujours été plus élevé à la suite de divers accidents de chemin de fer dont j'ai eu l'occasion de voir les victimes, notamment dans les deux grandes catastrophes de Charenton et de Saint-Mandé. Ceci me confirme dans l'opinion que j'ai déjà émise à plusieurs reprises, à savoir que l'émotion n'est pas le seul facteur de la névrose traumatique, qu'elle n'en est pas même le plus souvent le facteur principal... »

M. le PRÉSIDENT signale le compte-rendu de l'affaire Galtie, *l'empoisonneuse de Saint-Clair*, qui a été publié récemment dans les Archives d'anthropologie criminelle (2). — Vu l'intérêt que présente cette affaire au point de vue médico-légal, M. le Dr Motet veut bien se charger d'en faire une analyse spéciale qu'il soumettra à la Société dans une de ses prochaines séances.

(1) Voir plus loin, p. 133 et Bulletin T. 17, p. 177 à 181 et plus haut p. 54 à 64.

(2) Voir plus haut, p. 67.

DES ACTIONS EN DOMMAGES-INTÉRÊTS INTENTÉES CONTRE DES MÉDECINS

Complétant les renseignements fournis par M. le Dr LEGRAS à l'occasion d'une action en dommages-intérêts dont il a été l'objet et qui a abouti à un jugement du tribunal civil de la Seine du 16 novembre 1904 rejetant la demande (1), il est communiqué à la Société un jugement du même jour, rendu par défaut, rejetant aussi la demande intentée aux mêmes fins contre M. Gouraincourt, juge d'instruction, qui avait commis M. le Dr Legras. — Ce jugement est ainsi conçu :

« Donne défaut contre G. faute par lui d'avoir constitué avoué et statuant sur la demande de D.

« Attendu que les juges ne peuvent être pris à partie que dans les cas prévus par l'art. 505 proc. civ. et qu'en dehors de ces diverses hypothèses aucune action civile ne saurait être dirigée contre un magistrat à raison de faits se rattachant à l'exercice de ses fonctions.

« Attendu qu'il résulte des termes mêmes de la demande de D. que les fautes qu'il impute au défendeur auraient été par lui commises dans l'exercice de ses fonctions en qualité de juge d'instruction ; que c'est donc à tort que D. a cru pouvoir actionner le juge d'instruction G. dans les termes de l'article 1382 du code civil et que, par application des principes ci-dessus posés, sa demande doit être déclarée non recevable, etc. »

Les deux jugements sus-relatés viennent d'être frappés d'appel et, en attendant que la cour ait statué, la Société décide de renvoyer à sa Commission permanente l'étude de la question de savoir s'il n'y aurait pas un moyen juridique ou, à défaut, des mesures législatives à réclamer, pour mettre les médecins experts, commis par les juges d'instruction, à l'abri d'actions civiles en dommages-intérêts à raison des rapports qu'ils rédigent en toute conscience, demandes qui, le plus souvent, sont inspirées ou provoquées par des agents d'affaires peu scrupuleux.

(1) Se reporter à la séance du 13 février 1905, plus haut, p. 50 à 54.

LA HERNIE ET LES ACCIDENTS DU TRAVAIL

M. le SECRÉTAIRE GÉNÉRAL rappelle que la Société a nommé une commission, en 1901, qui a pour but de centraliser les rapports médico-légaux et les documents de jurisprudence relatifs à la hernie contractée au cours des accidents du travail. Il croit intéressant de donner lecture d'un rapport rédigé, il y a quelques mois, par M. le Dr GUILHEM, membre correspondant de la Société et professeur de médecine légale à la faculté de Toulouse :

Rapport de M. le Dr Guilhem.

Commis par jugement du 17 janvier 1901 pour visiter le sieur C. et constater s'il est atteint d'une hernie, et si cette hernie est congénitale ou doit être attribuée à une cause purement accidentelle, telle que l'effort réalisé pour replacer sur les rails un wagon qui aurait déraillé. Dans cette dernière hypothèse, rechercher si la date de ladite hernie remonte au 21 janvier 1900 seulement ou si, au contraire, elle est plus ancienne. « L'expert commis est autorisé à s'entourer de tous renseignements, consultations, documents, certificats médicaux et entendre au besoin tous sachants et indicateurs. Il déterminera en outre, à tout événement, si C. est atteint d'une incapacité de travail permanente et absolue, ou partielle ou temporaire. — Et il indiquera le degré de cette incapacité au cas où il estimerait qu'elle est partielle et permanente. »

Après avoir prêté le serment prescrit par la loi, je me suis entouré de tous documents, jugés utiles pour déterminer l'état de C. et répondre aux questions posées.

C. (Auguste) est âgé de 39 ans, il est employé depuis 5 mois environ à la C^e du Gaz, lorsque, le dimanche, 1^{er} janvier 1900, il déclare avoir éprouvé une douleur au ventre en remettant sur voie un wagonnet Decauville

chargé de mâchefer, et qui avait déraillé. En examinant lui-même le point douloureux ultérieurement, il aurait constaté la présence d'une hernie inguinale gauche.

Je ferai d'abord une première remarque : C. ne paraît pas avoir éprouvé une douleur très vive au moment de l'accident prétendu, car il est constant qu'il a continué son travail, qu'il a quitté le chantier avec ses camarades à l'heure réglementaire et que le mercredi 24 janvier, examiné à l'Hôtel-Dieu par le professeur Jeannel, celui-ci le trouva, il est vrai, porteur d'une hernie inguinale gauche, mais cette hernie est si peu douloureuse, si facilement réductible, 3 jours après l'accident prétendu, que le professeur Jeannel a pu formuler son diagnostic en ces termes : « Hernie inguinale congénitale ».

Ces faits précis me permettent d'écarter la possibilité qu'il se soit produit chez C. une hernie dite de force. Celle-là s'accompagne toujours, en effet, d'une déchirure violente du canal inguinal par où sort brusquement l'intestin. La douleur est soudaine, particulièrement aiguë, amène le plus souvent un état syncopal, et tout travail est impossible dans le moment même où se produit cette hernie. De plus, la réduction d'une hernie de force ne peut être faite par le malade lui-même. Elle est quelquefois même pénible pour un chirurgien expérimenté.

Je ne crois pas devoir insister davantage sur les caractères de la hernie dite de force ; ils se distinguent trop nettement des circonstances qui ont accompagné l'apparition de la hernie inguinale que présente le sieur C.

Quel est l'état actuel de C. ? Cet homme présente une pointe de hernie inguinale gauche. L'intestin a simplement franchi l'orifice externe en se coiffant du péritoine. Cet orifice est dilaté, absolument indolore et la facilité avec laquelle entre et sort l'intestin est remarquable. J'ai fait faire des efforts de toux à C. et je n'ai jamais constaté la descente à travers le canal de la portion de l'intestin qui apparaît au devant de l'orifice supérieur

Le testicule gauche présente une atrophie très marquée. Il n'est pas seulement diminué de volume, mais encore de consistance, à ce point qu'il s'aplatit entre les doigts sans douleur.

Cette constatation, qui s'impose à l'examen, acquiert, dans l'état actuel, une importance certaine pour rattacher à l'influence congénitale la formation de la hernie dont se plaint C. Si, en effet, le déplacement testiculaire est le signe peut-être le plus sûr que les auteurs font valoir en faveur de la congénitalité, l'atrophie du testicule du côté de la hernie, lorsqu'il est en place, doit être considéré comme ayant une valeur diagnostique réelle.

L'influence congénitale démontrée, l'apparition de la hernie n'a plus été pour C. qu'une question d'occasion. En effet, je me persuade aisément qu'il devait exister avant le 21 janvier 1901 une amorce congénitale passée peut être entièrement inaperçue, mais qui graduellement dilatait l'orifice. Un dernier effort a suffi pour que l'intestin franchit complètement l'orifice externe. Celui-ci a été trouvé peu de jours après le 21 janvier par MM. les professeurs Jeannel et Tapie à la fois très dilaté et parfaitement indolore, de plus, la portion d'intestin herniée était-elle même très facilement réductible. C'est encore l'état actuel après plus d'une année.

Ces constatations presque immédiates témoignent non d'un accident soudain et imprévu, mais bien d'un travail insensible depuis longtemps en évolution. Si donc la hernie dont C. est porteur s'est bien constituée, par suite de l'effort, à l'état de pointe apparente, le 21 janvier 1901, ce qui est très admissible, il ne faut voir dans ce fait qu'un degré de plus ajouté à un état antérieur.

Cette pointe de hernie inguinale peut être très facilement maintenue par un bandage bien fait. Dans ces conditions, l'incapacité de travail qui peut résulter pour C. de cette infirmité est bien peu importante. Bien que la chirurgie offre la ressource de la cure radicale des her-

nies, dans l'espèce, l'infirmité étant légère et toute opération comportant toujours un certain aléa, il me paraît juste de considérer l'état de C. comme permanent.

Conclusions. — 1° C. est atteint d'une pointe de hernie inguinale gauche qui offre certains caractères de congénitabilité.

2° Sans nier l'influence de l'effort nécessité pour remplacer le wagonnet sur rail dans la formation définitive de cette hernie le 21 janvier 1900, il me paraît démontré que cette formation était longuement préparée par un travail antérieur.

3° L'infirmité dont est atteint C. est partielle mais permanente, elle peut être atténuée par l'emploi d'un bandage approprié.

4° La capacité de cet homme me paraît diminuée de 8 à 10 % environ.

Arrêt de la Cour de Rennes.

Un arrêt de la cour de Rennes (6^e ch.) du 27 décembre 1904, confirmant un jugement de Quimper du 18 mai précédent, a décidé que « la pointe de hernie dûment constatée constitue manifestement une infirmité permanente partielle donnant droit à indemnité dans les termes de la loi de 1898 et que, en exigeant l'interruption de travail pendant plus de quatre jours, le législateur a eu en vue d'écarter les abus qui n'auraient pas manqué de se produire pour des accidents sans gravité et des blessures insignifiantes ; mais il n'a pas voulu qu'on pût y trouver un argument permettant de repousser l'action de victimes atteintes d'incapacité permanente sérieuse, qui ont eu cependant la loyauté et le courage de surmonter peut-être leurs souffrances et de continuer sans interruption à leurs patrons leurs services dans la mesure où leur état leur a permis de s'en acquitter. »

En fait, le 28 novembre 1905, D., chef de station à

Pont-Croix, était occupé, avec l'aide d'un sieur T., à pousser sur la voie un wagon de marchandises pour dégager le passage des voyageurs ; ce travail, travail de force, rentrait strictement dans ses attributions ; à un moment donné, au cours du travail susdit, « D. » poussa un cri, changea de visage, pâlit, resta quelques « instants anéanti, puis quitta la voie et se retira dans « son bureau », après avoir déclaré à T., qui l'interrogeait, qu'il venait de faire une effort en poussant un wagon, et ressentait un vive douleur à l'aine gauche ; le médecin consulté peu de temps après constata une pointe de hernie à gauche.

« Ces faits, reconnus constants, établissaient de la manière la plus nette que D. avait contracté une hernie de force au cours d'un travail de force, dans l'exercice de sa profession ; et en cas de contestation, c'eût été à la compagnie d'assurances d'établir, ce qu'elle n'a pas même tenté de faire dans l'espèce, que D... était déjà atteint de la hernie en question.

Jugement du Tribunal de Reims.

Un jugement du tribunal civil de Reims en date du 30 décembre 1904 peut aussi être recueilli avec intérêt.

Une sieur P. prétendait avoir été atteint d'une hernie le 13 avril 1904, au cours de son travail dans l'usine H. et dans les circonstances suivantes : « En levant à bout de bras une pelote de laine pesant environ 35 livres pour la placer dans le porte-cannelle, il se serait senti piqué dans l'aine gauche, aurait été obligé de laisser tomber la pelote, serait devenu très pâle, respirant difficilement et dans l'impossibilité d'assurer son service. »

H. prétendait que la hernie dont s'agit ne pouvait se rattacher au travail de par aucun lieu de causalité ; qu'elle n'avait pas été déterminée par un effort anormal et que,

si elle s'était manifestée au cours du travail, elle serait tout au plus la révélation d'un état maladif préexistant et ne pourrait dès lors donner lieu à l'application de la loi du 9 avril 1898 ;

« S'il est vrai que la loi du 9 avril 1898, a dit le tribunal, ne vise que les accidents du travail, on doit considérer comme tels toutes atteintes inopinées au corps humain ayant pour cause un fait se rattachant à l'exercice de la profession ; spécialement, en ce qui concerne la hernie, il n'y a pas lieu de tenir compte en général de la prédisposition de cette infirmité, la prédisposition herniaire, si tant est qu'elle puisse être établie, pouvant en tout cas rester latente et ignorée pendant de longues années, sinon toute la vie, et ne devant pas nécessairement aboutir par une évolution fatale à la hernie apparente ;

« Il suit de là que la hernie, se manifestant à la suite d'un traumatisme ou d'un effort au cours du travail, d'où elle prend souvent le nom de « hernie de force », doit être en principe considérée comme rentrant dans les faits accidentels prévus par la loi du 9 avril 1898.

« Il n'en serait autrement que dans le cas où il serait établi que le blessé était physiologiquement prédisposé à la hernie au point qu'un effort, même peu considérable, dût nécessairement provoquer la manifestation extérieure de cette infirmité ; dans ce cas, l'apparition de la hernie ne serait que la manifestation au cours du travail d'une cause morbide préexistante et arrivée à un tel degré que l'acte le plus indifférent pouvait la déceler subitement ; dans cette hypothèse ainsi limitée ne se rencontrait plus la relation de cause à effet exigée par la loi entre le travail et l'impotence de l'ouvrier. »

Nous croyons devoir rappeler que plusieurs jurisconsultes, notamment M. Sachet, président du tribunal de Vienne (3^e Ed. p. 279), font également une distinction entre la hernie de force, c'est-à-dire résultant d'un effort

immodéré, et la hernie, dont le travail a été la cause occasionnelle, mais dont la cause réelle se trouve dans une prédisposition de l'ouvrier.

Des arrêts de la Cour de Cassation semblent consacrer cette théorie : arrêts des 8 juillet 1902 et 23 décembre 1903.

DU SECRET PROFESSIONNEL DES MÉDECINS

M. le SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne à la Société communication d'une petite note qu'il a rédigée sur la question du secret professionnel des médecins (1) ; elle est ainsi conçue :

L'article 378 du code pénal prescrit aux médecins de garder pour eux les secrets dont leur profession les rend dépositaires.

Il faut entendre sous le mot de *secrets* non seulement ce qui leur a été confié, mais tout ce qui leur a été donné de connaître dans l'exercice de leur art sous la seule condition que la divulgation en puisse être préjudiciable à autrui.

C'est là une règle d'ordre public, qui n'admet aucune restriction et ne cède devant aucune considération. Elle prime l'obligation où est le témoin de dire tout ce qu'il sait sur le fait que son témoignage a pour objet d'éclaircir. Dans ce conflit entre deux devoirs, c'est l'inviolabilité du secret professionnel qui doit l'emporter.

Cité comme témoin, le médecin est obligé de se taire. alors même que la partie intéressée l'inviterait à parler.

*
* *

Ces principes ont été proclamés une fois de plus par un arrêt de la cour d'Aix du 19 mars 1902, dans l'espèce suivante :

Un médecin avait été chargé par une femme mariée

(1) A rapprocher de la note publiée dans le *Bulletin* de 1904, p.176.

d'examiner l'état mental de son mari, et avait instruit ensuite, comme médecin de l'administration, la demande d'internement du mari dans un asile d'aliénés formée par la femme.

Cité ensuite comme témoin dans l'enquête ordonnée au cours d'une instance en divorce entre les époux, le médecin avait cru pouvoir s'expliquer avec détail, dans sa déposition, sur tout ce qu'il avait appris ou observé concernant le mari, et affirmer notamment que celui-ci était atteint d'une affection mentale caractérisée, dont il indiquait le nom scientifique, l'origine et les manifestations,

« Ces explications et affirmations, dit l'arrêt d'Aix, constituent le délit de révélation du secret prévu par l'article 378 du code pénal. En vain, on objecterait que l'opinion sur l'état mental du mari n'était un secret pour personne, puisque le mari qui avait été interné comme aliéné, n'avait pu l'être que sur l'avis conforme de ce médecin agissant en qualité de délégué de l'administration. Ce qui constituait la faute, dans l'espèce, c'est que le médecin ne s'était pas borné à reproduire dans sa déposition l'avis qu'il avait donné dans son rapport, ce qui serait déjà une indiscrétion coupable, mais avait révélé tout ce qu'il avait été à même de constater comme médecin chargé par la femme d'examiner son mari. »

Un arrêt plus récent de la Cour suprême, en date du 18 juillet 1904, nous fournit encore une espèce intéressante à noter.

M. le Dr S... avait attesté par écrit que le sieur E., auquel il avait donné ses soins jusqu'à une certaine époque, « était sain d'esprit et jouissait de la plénitude de ses facultés mentales. »

On soutenait, dans une instance ayant pour objet l'an-

mulation du testament de M. E., que le tribunal ne pouvait pas faire état du certificat du docteur S., parce qu'il portait sur des faits d'ordre médical dont ce médecin n'avait eu connaissance qu'à raison de ses fonctions et constituait une révélation de secret professionnel. La cour a rejeté cet unique moyen du pourvoi en disant : « Si le médecin susnommé a donné ses soins au *de cujus*, la nature de la maladie dont ce dernier était atteint n'est point précisée ; il n'apparaît point que le fait attesté par le docteur S. lui eût été confié sous le sceau du secret, ni qu'il fût secret de sa nature ; il suit de là que rien, au point de vue légal, n'interdisait à M. le professeur S. de délivrer l'attestation incriminée, ni à la cour de lui demander un élément de preuve à l'appui de sa décision ».

M. le D^r VALLON, à propos de ces documents sur le secret professionnel, proteste contre la délivrance abusive de certificats médicaux qui se fait dans les établissements publics d'aliénés, notamment en ce qui concerne l'interdiction.

M. le D^r MOTET. — La question est complexe ; il est quelque fois impossible de refuser un certificat médical, notamment quand il s'agit d'une interdiction. En pareil cas, le certificat médical est licite, puisque la loi est ainsi faite que la délivrance de ce certificat est nécessaire à l'avoué pour entamer la procédure. Je ne vois pour ma part aucun inconvénient, ajoute-t-il, à délivrer cette pièce à la demande de la famille du malade ou de l'avoué.

M. le prof. BROUARDEL. — D'accord ; c'est là une ligne de conduite très compréhensible et je ne vois aucun inconvénient à procéder ainsi puisque c'est à la demande de la famille que le certificat est délivré et que la dite famille a qualité pour obtenir la pièce en question.

Rien n'étant plus à l'ordre du jour, la séance est levée à 5 heures.

Pour le Secrétaire,

D^r ANTHEAUME.

LA CRYOSCOPIE DU SANG DES NOYÉS

M. le Dr. Stoenesco, a communiqué d'intéressants travaux sur la *cryoscopie du sang des noyés*, dans les séances de la Société du 10 novembre 1902 et du 13 février 1905 (1), ses conclusions se trouvent confirmées par celles de MM. les Drs L. Wachhloz et S. Horoskiewicz, professeurs à l'Institut médico-légal de l'Université de Cracovie, qui, dans une étude sur *l'état du sang chez les noyés* (2), concluent en ces termes :

I. Dans les cas de mort par suite de submersion (et dans les cas de mort subite, en général), le sang du cœur et des vaisseaux des cadavres reste liquide et parfois (très rarement) aqueux. Néanmoins, il se peut qu'il soit quelquefois coagulé, surtout lorsque, avant sa mort, causée par submersion, la victime présentait quelque trouble pathologique qui (selon M. Paltauf) occasionnerait une augmentation de la coagulabilité du sang.

II. Le sang liquide tiré du cœur et des veines des noyés et surtout la partie qui découle la première après l'ouverture du cœur gauche, marque une tendance prononcée à la coagulation, peu de temps après la mort des victimes.

III. Si l'on tire le sang du cœur des noyés (cœur gauche) avec les précautions convenables, c'est-à-dire : a) en procédant à son ouverture qu'après avoir débarrassé sa surface du liquide péricardiaque, en la lavant, puis en la séchant au moyen de tampons de ouate ; b) en se frottant les mains et en enduisant le bistouri d'une substance grasse ; c) enfin, en recueillant ce sang dans un récipient de verre pareillement couvert intérieurement d'une légère couche de graisse, il reste liquide du moins dans la plupart des cas. Les résultats de nos expériences confirment pleinement à cet égard les résultats de celles de MM. Freund, Haycraft et Carlier. Si, d'autre part, MM. Brouardel et Loye, et, tout récemment, M. Sarda ont constaté la présence de caillots de sang dans le cœur des noyés et des asphyxiés (M. Sarda) soumis à l'autopsie peu de temps après leur mort, ces caillots se formaient grâce au maintien de la coagulabilité du sang d'abord après la mort des victimes, par suite du contact de ce dernier avec des corps

(1) Bulletin de la Société, t. XVII, pp. 177 à 181, et plus haut, pp. 564.

(2) Voir plus haut p. 122), la présentation de leur étude.

étrangers présentant des surfaces raboteuses, d'où, entre lui et ces corps, il résultait une forte adhésion qui entravait toute modification de son agglomération

IV. Le phénomène de la décoagulation du sang, c'est-à-dire de la dissolution des caillots de sang déjà constatée chez les animaux noyés d'abord après leur mort, on considère que cette décoagulation ne pourrait s'effectuer chez eux que par suite d'une putréfaction fort avancée (durant laquelle, selon M. Falk, la fibrine se transforme en globuline) puisque l'expérience nous enseigne que le sang du cœur reste, à peu d'exceptions près, toujours liquide et non coagulé, comme dans les cas de mort lente précédée d'une longue agonie.

V. L'eau aspirée pendant la submersion dans les poumons et qui, de là, pénètre dans le sang qu'elle dilue et rend même comme de la laque, exerce une influence favorable, *mais tout à fait secondaire*, sur le maintien de l'état de fluidité.

VI. La température de l'eau, surtout de l'eau chauffée à 37° centigrades, dans laquelle la submersion a lieu, non plus que l'anesthésie amenée chez l'individu aussitôt avant la mort, par le chloroforme ou l'éther, n'exerce aucune influence sur l'agglomération de son sang après sa mort.

VII. Le sang liquide des cadavres perd d'autant plus sa faculté de coagulation que le temps s'écoule davantage à compter du moment où la mort a eu lieu. Toutefois, il est remarquer qu'il s'épaissit à la longue, par suite de la diffusion de ses parties liquides, et que, sous cette apparence, il pourrait donner à tort l'impression d'un sang mollement coagulé.

VIII. Le sang liquide du cœur des victimes qui, lorsqu'on le tire peu après leur mort, se coagule en entrant en contact avec des corps étrangers, grâce à sa coagulabilité encore maintenue, ne se coagule point par le même contact si celui-ci ne se produit qu'après un long laps de temps (de vingt-quatre à quarante-huit heures, selon MM. Strasmann et Gorin) à partir du moment auquel la mort a été constatée.

La cause de cet état du sang ainsi que celle de la coagulation elle-même ne sont point encore élucidées.

EXPERTISES MÉDICO-LÉGALES

(Notes de Jurisprudence.)

MÉDECINS-EXPERTS. — Hors les cas prévus par l'article 3 de la loi du 30 novembre 1892, les tribunaux ne peuvent nommer comme expert un médecin ou un docteur dont le nom ne figurerait pas sur la liste dressée annuellement par la cour d'appel. (Trib. cor. Douai, 12 mars 1894, *Jur. cour Douai*, 1894 p. 122).

EXPERTISE. — RECOURS A UN TIERS POUR LA RADIOGRAPHIE. — DEMANDE D'ANNULATION DE L'EXPERTISE REJETÉE. — Les juges ne sauraient annuler une expertise, en se fondant sur le motif que le médecin, à qui elle était confiée et qui était chargé d'examiner l'état d'un blessé aurait fait photographier le pied du dit blessé au moyen des rayons X par un confrère et aurait ainsi délégué illégalement ses pouvoirs d'expert à un tiers. Il s'agit là, en effet, d'une opération purement matérielle et dont l'auteur ne participe en rien par conséquent à la mission d'un expert. Il en est ainsi alors surtout que les pouvoirs conférés à l'expert étaient aussi larges que possible, les juges l'ayant autorisé à s'entourer de tous renseignements, à interroger toute personne pouvant l'éclairer et à se faire communiquer toutes pièces qu'il croirait utiles à consulter. (Lyon 12 avril, 1897, *Pandectes fr. pér.* 1898, 2, 47 et Sirey, 97, 2, 295.

EXPERTISE. — OUVRIER VICTIME D'UN ACCIDENT NON CONTRAINT DE SUBIR UNE OPÉRATION. — On ne saurait raisonnablement contraindre un ouvrier, victime d'un accident du travail à se soumettre à une série d'opérations destinées à diminuer ou à supprimer son incapacité de travail. A moins de circonstances tout à fait exceptionnelles, on ne pourrait, sans faire acte d'inhumanité, contraindre même indirectement la victime à s'exposer au péril, ainsi qu'à la souffrance physique et à l'angoisse morale que toute intervention chirurgicale entraîne avec elle. (Trib. civ. St-Etienne, 20 mai 1904).

Dans le même sens, le tribunal civil de Remiremont du 5 mars 1903, avait déjà dit : Un tribunal ne saurait, sur la

simple demande du patron, obliger un ouvrier qui a déjà suivi un long traitement *ad hoc*, à se prêter à des expériences plus ou moins dangereuses, à des opérations qu'un chirurgien n'indique même pas et pour lesquelles il entrevoit seulement une tentative d'amélioration et non une certitude de guérison (dans l'espèce, rendre flexibles les phalanges des deux doigts à suite de la section des tendons fléchisseurs des dits doigts).

Une opération chirurgicale, même très simple au point de vue de l'art, peut, pour une cause ou pour une autre, être très mal pratiquée ; ensuite rien ne garantit que les plus redoutables complications ne se produiront point, soit spontanément, soit par les dispositions morbides du blessé.

BIBLIOGRAPHIE MÉDICO-LÉGALE

André COUSIN, ancien interne des hôpitaux de Paris : *Essai sur les origines de la médecine légale* (1905 : vol. in-8 de 71 pages).

Le principe de l'expertise médicale se trouve en germe dans le Code Justinien ; c'est à la fin du XIII^e siècle qu'on rencontre le premier essai d'organisation médico-judiciaire ; à la Renaissance, la médecine légale apparaît comme branche distincte des sciences médicales ; Ambroise Paré est l'auteur du premier ouvrage que l'on connaisse traitant de questions médicales au point de vue judiciaire.

Louis LAMOUREUX : *Du fœticide* (1905, vol. in-8^o de 103 pages).

L'auteur, s'inspirant des discussions de la Société de médecine légale sur ce sujet (1), admet qu'un médecin ne doit pas pratiquer une opération sans avertir auparavant la malade de l'intervention et que, en cas de refus de la parturiente d'accepter l'intervention proposée par le médecin, celui-ci peut se retirer. « Si la mère — ajoute-t-il — demande l'embryotomie après avoir refusé la césarienne ou la symphyséotomie, que le médecin jugeait l'une ou l'autre praticable, celui-ci peut être amené à pratiquer cette opération par des raisons d'humanité s'il y a urgence, pour sauver à tout le moins la mère à défaut de l'enfant. »

(1) Voir *Bulletin*, 1903, p. 2, 25 et 39.

Séance du 19 juin 1905

Présidence de M. le Dr Morer.

Le procès-verbal de la précédente séance est adopté sans discussion.

MM. Brouardel et Dayras se sont excusés de ne pouvoir assister à la séance.

M. le SECRÉTAIRE GÉNÉRAL informe la Société qu'il a reçu de M. Ditte, président du tribunal de la Seine, élu membre honoraire de la Société, une lettre de remerciements dont il détache le passage suivant : « J'attache le plus grand prix à l'honneur qui m'est fait par la Société de Médecine légale, pour laquelle je professe depuis longtemps les sentiments de la plus haute estime ; et il m'est particulièrement agréable de lui appartenir désormais par les liens de l'hononariat. »

Le Ministère de l'Instruction publique a avisé la Société que la subvention de 300 fr. qui lui est allouée chaque année, vient d'être ordonnancée pour 1905. M. le Dr Socquet, trésorier de la Société, porteur d'un pouvoir général déjà présenté au Trésor, est chargé de l'encaissement de cette somme et M. le secrétaire général d'adresser une lettre de remerciements à M. le Ministre, au nom de la Société.

La Préfecture de la Seine, ayant reçu copie des résolutions prises par la Société, dans sa séance du 10 avril dernier, en ce qui concerne les interventions chirurgicales chez les aliénés (1), a répondu qu'elle avait « pris connaissance avec intérêt » de cette communication.

M. le PRÉSIDENT annonce que M. Dayras vient d'être nommé président de chambre à la cour d'appel de Paris et regrette en son absence de ne pouvoir lui adresser les félicitations de la Société.

Il déclare *une vacance de membre titulaire* par suite du décès du Dr Garnier. Dans la prochaine séance, quand les candidatures se seront produites, on nommera la commission chargée de les classer.

M. le SECRÉTAIRE GÉNÉRAL fait observer que le total des *membres correspondants* peut être statutairement de cent, et que, à l'heure actuelle, après revision complète de la liste de ces membres, la société n'en compte que 74. Il y

(1) Voir plus haut p. 104

a donc 26 vacances et il propose en conséquence de déclarer 17 vacances de membres correspondants ainsi répartis dans les divers ressorts de cours d'appel : 3 à Paris, 2 à Lyon, 2 à Poitiers, 2 à Caen, 2 à Douai, 1 à Alger, 2 à Nîmes, 1 à Besançon, 1 à Limoges, et 1 à Bastia.

Cette proposition est adoptée. Les demandes de candidatures seront soumises, au fur et à mesure qu'elles se produiront, à la commission qui sera nommée dans la prochaine séance.

DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICO-LÉGAL

DANS LES FACULTÉS DE DROIT

A la suite du Congrès du droit pénal, M. H. PRUDHOMME, juge au tribunal civil de Lille, secrétaire général de ce Congrès, a adressé à la Société de Médecine légale la note suivante, dont M. le Secrétaire général donne lecture :

Le Groupe français de l'Union internationale de Droit pénal, cruellement éprouvé par la mort de cet homme éminent que fut Gabriel Tarde, et dont le Bureau vient à peine d'être reconstitué sous la présidence de M. le professeur Garçon, a donné une preuve remarquable d'activité et d'énergie en convoquant en moins de deux mois un Congrès national de Droit pénal, dont le succès favorisé sans doute par le haut patronage de M. le Garde des Sceaux Chaumié, a certainement dépassé les espérances des organisateurs.

Plus de six cents adhérents ont répondu de tous les points de la France à leur appel, et, durant les trois séances, la vaste salle des fêtes de la Faculté de droit de Paris suffisait à peine à contenir les auditeurs empressés à suivre les discussions.

Nous croyons devoir vous signaler tout spécialement cette réunion, car aussi bien les résolutions adoptées ne sont pas sans intéresser les membres de la Société de Médecine légale.

Le temps n'est plus où le bagage scientifique du criminaliste peut se limiter à la connaissance et à l'interprétation de quelques textes législatifs.

« Qui doute encore, disait fort justement M. Garçon dans son discours d'ouverture, que le criminaliste ne doit pas seulement étudier le délit, simple entité juridique, mais encore le criminel, réalité vivante, agissante et souffrante ? N'est-ce pas un principe définitivement acquis que la distinction du criminel d'occasion et du criminel d'habitude, avec cette conséquence que, si la peine infligée au premier doit tendre à son amendement, il faut résolument éliminer l'incorrigible ? N'est-il pas vrai que la peine est un des moyens d'enrayer la criminalité, mais que ce n'est qu'un de ces moyens et qui n'est même pas le meilleur ? Ne voyons-nous pas dès maintenant les causes du crime, moins dans la volonté malfaisante du délinquant que dans la dégénérescence héréditaire, la mauvaise éducation, l'alcoolisme, la misère, la corruption des bas-fonds des grandes agglomérations urbaines, la promiscuité de la prison commune ? Et ces constatations sont, après tout, consolantes, car la plupart de ces causes ne sont pas invincibles. Que ce soit sous la forme de la charité et de l'assistance publique ou privée, sous la forme de la mutualité, sous la forme de la solidarité sociale, ou plutôt que ce soit par tous ces moyens, car tous sont bons pour cette œuvre immense, il faut que ces causes du crime soient, sinon, hélas ! supprimées, du moins largement atténuées. On le peut et on le doit. »

Mais l'organisation actuelle de l'enseignement suffit-elle à procurer au magistrat et à l'avocat les connaissances multiples et variées qui leur sont indispensables ? Les organisateurs du Congrès n'en étaient certainement pas assurés, car ils avaient inscrit en première ligne à l'ordre du jour la question suivante : « De l'instruction professionnelle des magistrats et des avocats criminalistes. » Mais après avoir entendu les observations du rapporteur, M. l'avocat général Drioux, de MM. les bâtonniers Devin et Danet, de M. l'avocat général Feuilloley, et de tant d'autres, le doute n'est plus possible.

Dans nos facultés, l'enseignement du droit pénal et de la procédure criminelle se limite aujourd'hui à la partie

générale de nos codes. La partie spéciale est habituellement négligée, en sorte que le jeune magistrat, s'il n'a fait préalablement aucun stage sérieux dans un parquet comme attaché, se trouve, lors de son entrée en fonctions, dans le plus cruel embarras. Il ignore l'art délicat de qualifier le fait, art indispensable cependant, car c'est lui qui permet de distinguer le texte écrit de l'acte finalement punissable ; il ne connaît pas davantage les moyens d'utiliser le concours des divers auxiliaires auxquels, il peut et doit faire appel.

Les jeunes avocats ne sortent pas de l'Ecole mieux armés, et l'on a pu parfois regretter de voir leurs efforts se porter sur des points où la défense ne pouvait pas sérieusement engager la lutte, tandis qu'ils omettaient sur d'autres de poser d'indispensables conclusions.

Des efforts partiels ont été faits sans doute de divers côtés pour combler cette lacune (1). Le Congrès a demandé qu'ils soient généralisés et coordonnés, et, à cet effet, il a émis le vœu « qu'il soit organisé dans les facultés de droit un enseignement spécial, théorique et pratique, pour l'ensemble des études pénales, et que le certificat d'études pénales délivré par les professeurs soit pris en considération pour la nomination et l'avancement dans la magistrature ».

Cet enseignement comprendrait : 1° la criminologie, la sociologie criminelle ; — 2° le droit pénal spécial ; — 3° la procédure criminelle, théorique et pratique ; — 4° la médecine légale, — 5° la médecine mentale. Il serait donné par des professeurs auxquels s'adjoindraient au besoin des magistrats chargés de conférences pratiques. Il serait enfin sanctionné par la délivrance non d'un diplôme d'Etat, mais d'un certificat universitaire délivré par l'Université à laquelle appartient la faculté de Droit.

Grâce au dévouement de MM. les professeurs Garçon

(1) Nous citerons spécialement l'Ecole pratique de Droit de Toulouse.

et Le Poittevin, et des auxiliaires dont ils se sont déjà assuré le concours, cet enseignement supplémentaire pourra être inauguré dès la rentrée prochaine à la Faculté de Droit de Paris. Nul doute que cet exemple ne soit partout suivi.

Qu'on nous permette d'insister sur la partie médicale de cet enseignement. Il ne s'agit pas de mettre les magistrats et les avocats en mesure de se substituer aux médecins experts. Il s'agit, et la tâche est encore considérable, de leur donner les connaissances nécessaires pour se rendre compte exactement de toutes les circonstances dans lesquelles il convient de recourir à une expertise. Que de fois la vérité aurait-elle été plus rapidement et plus complètement découverte si l'autopsie n'avait pas été différée, si l'inculpé avait été immédiatement soumis à un examen mental, si le juge d'instruction avait su discerner, dans les explications de tels témoins, les manifestations de certains troubles physiques ou mentaux qui enlèvent à la déposition toute autorité et toute créance ? Voilà le danger auquel il convient de parer ; et nous ne doutons pas que les hommes expérimentés qui nous font l'honneur d'écouter cette imparfaite analyse, n'approuve hautement, sur ce point, les vœux du Congrès. Nous ne doutons pas davantage que le corps médical ne s'empresse d'apporter son concours à ce nouvel enseignement.

Deux autres questions étaient à l'ordre du jour. L'une sous une forme un peu allemande soulevait le délicat problème de la rélévation du récidiviste dont l'incorrigibilité s'est manifestée par la répétition de délits, en eux-mêmes peu graves peut-être. L'autre invitait à rechercher les moyens d'amender la répression des crimes et des délits internationaux.

Que le récidiviste incorrigible doive être mis hors d'état de nuire, tout le monde le reconnaît, ou du moins l'a reconnu ; mais l'application en fait de ce principe par

notre loi française de 1885 et surtout peut-être le mode d'exécution de la rélegation n'ont pas été sans soulever de vives critiques, et nous craignons bien qu'il convienne d'ajouter de critiques trop justifiées, notamment de MM. le professeur Garran et de l'inspecteur général Brunet.

L'accord n'a pas été moins complet sur la nécessité d'abaisser devant la répression ces barrières qui s'appellent les frontières qui arrêtent le gendarme et laissent passer le criminel. Les ententes internationales que l'initiative privée a provoquées en matière de traite des blanches, de protection de la propriété industrielle, de transports internationaux, doivent s'étendre à la répression des crimes et des délits de droit commun. N'est-il pas surprenant d'ailleurs que les facilités réciproques que les Etats s'accordent lorsqu'il s'agit d'arrêter un délinquant de pêche n'existent plus lorsqu'il s'agit d'arrêter un cambrioleur ou un assassin ? Le Congrès a donc bien fait d'adopter les conclusions que développait le très remarquable rapport de M. l'avocat général Fuilloley.

Nous les signalons ici parce qu'elles intéressent tous les honnêtes gens, et que tous les honnêtes gens doivent s'unir pour exercer sur les gouvernements cette pression indispensable au triomphe des idées les plus justes et à la réalisation des réformes les plus utiles. Mais nous abuserions de la bienveillante attention de nos auditeurs en nous attardant sur ce sujet.

Une question dans le programme du Congrès de Droit pénal est surtout digne de la méditation de la Société de Médecine légale : c'est celle de l'instruction professionnelle des magistrats et avocats criminalistes, et de la part à faire, dans cette formation, à l'enseignement de la Médecine légale et de la Médecine mentale.

Le Congrès de Droit pénal a formulé un principe auquel, nous l'espérons, la Société de Médecine légale se ralliera. Reste à appliquer ce principe et à formuler

dans ses détails le programme de cet enseignement. C'est affaire à vous, Messieurs, de l'examiner et de le dire.

M. VALLON. — Il me paraît difficile d'enseigner la médecine légale à des personnes qui ne savent pas la médecine générale.

M. le SECRÉTAIRE GÉNÉRAL. — L'idée du Congrès a été de demander pour les magistrats et les avocats un simple exposé d'idées générales sur la médecine légale.

M. DANET. — Le Congrès avait mis à son ordre du jour cette question : De l'instruction professionnelle des magistrats et des avocats criminalistes. M. l'avocat-général Drioux, rapporteur, a confessé que les étudiants en quittant l'école de droit connaissent à peine leur code pénal. Nous autres magistrats, a-t-il dit, quand nous débutons et que nous sommes nommés juges suppléants et chargés de faire une instruction, nous ne savons rien de notre métier, et nous sommes obligés de nous adresser à nos subordonnés ; notre guide est notre greffier.

M. l'avocat général Drioux a peut-être été trop sévère pour les magistrats, mais en ce qui concerne les avocats, il a complètement raison. Les débutants ne savent même pas examiner un dossier.

Pour remédier à cette insuffisance de connaissances pratiques des magistrats, on a proposé la création de cours nouveaux, de conférences sur des sujets non traités jusqu'alors. On a songé notamment à répandre des idées générales sur la médecine légale et on a compté pour cela sur le concours de la Société de Médecine légale.

Pour ce qui est des avocats, je ferai remarquer tout d'abord qu'il n'y a pas d'avocats criminalistes, mais des avocats sans épithète.

Quant à l'école professionnelle ou d'application qu'on voudrait créer pour les avocats, je ne sais comment on pourrait l'établir.

Le remède ou plutôt les remèdes sont, à mon avis, les suivants :

1° *L'assiduité aux audiences* : si les jeunes stagiaires suivent régulièrement les débats, ils verront dérouler devant eux

les divers articles du code pénal, procéder aux divers actes de la procédure, etc.

2° *La pratique* : c'est en travaillant les dossiers, c'est en plaidant qu'un avocat se forme.

3° *L'école de la confraternité* : il faut que les jeunes aient confiance dans leurs aînés, et qu'ils s'adressent à eux en cas de difficultés ; ils s'inviteront ainsi les impairs.

Ceci dit, je suis convaincu que la Société de Médecine légale est toute disposée à répondre au désir qui lui a été exprimé, en vue d'élargir les connaissances générales des futurs magistrats et avocats.

M. VALLON. — Ce qu'il faut leur enseigner c'est qu'il existe une médecine légale et qu'il ne faut pas s'en passer.

M. LE PRÉSIDENT. — Certainement, la Société ne demande pas mieux que de répondre au désir qui lui a été exprimé, et MM. les professeurs des facultés de droit trouveront certainement dans le corps médical le concours le plus dévoué.

Du reste, ce ne sera pas la première tentative de ce genre. Le Dr Dubuisson a fait à l'école de droit de Paris, un cours de médecine légale, qui a obtenu au début un réel succès. Mais au bout d'un certain temps, les auditeurs diminuèrent et notre confrère dûnt cesser son cours.

L'idée cependant peut-être reprise et je vous propose en remerciant M. H. Prudhomme de son intéressante communication qui sera publiée in-extenso dans notre prochain numéro de nommer dès maintenant une commission qui essaiera d'établir le programme de cet enseignement spécial pour les futurs magistrats et avocats.

Sont nommés membres de cette commission : MM. Benoit, Brouardel, Chassevant, Danet, Vallon.

Et sur la proposition de M. Danet, la Société décide que les étudiants en droit, munis de leurs cartes, pourront assister à ses séances. M. le Secrétaire général en avisera qui de droit.

DE L'ALIÉNATION MENTALE COMME CAUSE DE DIVORCE

A la suite de la lecture du rapport de M. Jacomy sur cette question (1), il avait été décidé que les médecins aliénistes

(1) Voir plus haut, pg. 105 à 113.

faisant partie de la Société se réuniraient sur la convocation de M. le président Motet, pour élucider cette question préjudicielle : « Des signes de l'incurabilité chez les aliénés. » Cette réunion a eu lieu et M. Motet en a rendu compte en ces termes :

MM. Lutaud et Christian se sont montrés partisans du divorce en cas d'aliénation mentale incurable. Cette thèse a été combattue par M. Vallon et Briand. Ils ont été suivis par la majorité de la commission qui, sans nier que l'aliénation mentale puisse être incurable, pense qu'il n'y pas de critérium absolu de cette incurabilité et a voté le texte ci-dessous :

La commission des médecins aliénistes, après discussion, déclare :

Cliniquement, il n'est pas possible de dire qu'il n'y a pas d'aliénés incurables.

Mais au cours des aliénations mentales chroniques, comme au cours de toutes les maladies chroniques, il n'y a pas pour le médecin de critérium absolu de l'incurabilité, si ce n'est aux dernières périodes de ces maladies.

La discussion s'est alors ouverte.

M. VALLON. — Je demande — si l'on veut entrer dans le détail de la discussion — que les partisans du divorce veuillent bien indiquer quel est leur critérium. Est-ce l'internement ? ou bien envisagent-ils l'incurable vivant dans sa famille. Nous devons être les protecteurs de nos malades, nous ne saurions donc demander des mesures contre eux. Aussi je repousse totalement l'aliénation mentale comme cause de divorce.

M. JACOMY. — Jamais la commission ne s'est placée au point de vue de l'internement ; elle n'a envisagé que l'incurabilité de la maladie, quel que fût l'endroit où se trouvait le malade.

Ma première conclusion était ainsi formulée : « Dans l'état actuel de la science médicale, il est des cas où l'incurabilité définitive de l'aliénation mentale peut être reconnue et affirmée. » Du moment que les aliénistes ne reconnaissent pas de signes de l'incurabilité, ma première proposition se trouve écartée de fait, et la seconde, qui n'était qu'un développement de la première, n'a plus raison d'être.

M. BRIAND. — Quand bien même le critérium de l'incurabilité de l'aliénation mentale existerait, nous ne devrions

pas accepter cette affection comme cause de divorce. Une fois engagé dans cette voie, on irait trop loin. L'aliénation mentale est une maladie, que l'on n'a pas de raison d'envisager, au point de vue du divorce, autrement que les autres maladies, qui pourraient toutes être invoquées pour rompre le mariage.

De plus, la Société de médecine légale est en quelque sorte une académie d'enregistrement ; elle ne doit pas créer des mouvements, surtout comme celui-ci. Ce sont questions à laisser dormir.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL. — En votant les conclusions du rapport de M. Jacomy, la Société n'aurait pas créé un mouvement d'opinion, elle aurait enregistré une jurisprudence déjà ancienne dans certains pays étrangers, notamment en Allemagne. Et voici un jugement tout récent du tribunal de Metz, d'autant plus intéressant qu'il s'agit d'une personne internée à Charenton ; j'ai détaché le passage caractéristique suivant que M. Christian a bien voulu nous traduire :

« ... L'affirmation sous serment du D^r S... établit que la femme N.... est, depuis vingt ans, internée à Charenton ; qu'elle est incurable ; elle souffre d'un délire de persécution, se croit entourée d'assassins. Il est donc bien établi que la maladie mentale de la femme N.... est arrivée à un degré tel que toute communauté intellectuelle est impossible dorénavant entre les deux époux et qu'il n'y a pas d'espoir qu'elle puisse se rétablir. Par conséquent, en vertu de l'article 1569 du code civil, il y a lieu d'accueillir la demande en divorce du sieur N.... etc.

M. G. ROCHER. — Je ne puis me rallier à la conception de M. Briand, qui ferait de notre Société un simple bureau d'enregistrement.

Peut-on considérer la folie comme un motif de dissolution de l'union conjugale ? Je ne le crois pas après la déclaration des aliénistes. Je ne le pense pas non plus au point de vue juridique. Dans la loi telle qu'elle existe, on pourrait trouver relativement au mariage une certaine analogie entre la situation résultant de l'aliénation mentale et celle qui est le fait de l'absence déclarée. Dans ce dernier cas, on n'admet pas le divorce, alors pourquoi l'accepterait-on dans le premier. Beaucoup d'autres maladies, telles l'hémiplégie, le ramollissement cérébral, rompent l'union conjugale et l'on ne songe pas à en faire des motifs de divorce.

M. JACOMY. — On ne peut faire de l'absence un motif de divorce parce que l'absent peut revenir. Dans cet ordre d'idées, pour que l'aliénation puisse être une cause de divorce, il faut l'affirmation de l'incurabilité qui fait disparaître la personnalité morale et intellectuelle de l'individu. C'est la question préjudicielle.

M. BRIAND. — La Société de médecine légale ne saurait accepter comme cause de divorce l'aliénation, quand bien même l'incurabilité serait démontrée, parce que l'incurabilité d'aujourd'hui peut ne plus l'être demain.

M. JACOMY. — Il me semble que le texte suivant résumerait bien l'opinion de la Société :

Dans l'état actuel de la science médicale, l'incurabilité définitive de l'aliénation mentale ne peut être affirmée que dans la dernière période de la maladie, et par conséquent dans des cas trop rares pour justifier une modification de la législation actuelle sur le divorce.

Cette conclusion, mise aux voix, est adoptée à l'unanimité et la commission retire sa deuxième proposition.

La séance est levée à 5 heures 30.

Le Secrétaire,
D^r GRANJUX.

DE LA PRESCRIPTION DES HONORAIRES DES MÉDECINS

Un jugement du tribunal civil de la Seine (7^e ch.) du 11 mai 1904 a ravivé la question controversée de savoir quel est le point de départ de la prescription pour le paiement des honoraires du médecin.

Le tribunal de la Seine dit que la prescription courant en général dès que le droit a pris naissance, la prescription de l'action du médecin en paiement de ses honoraires court pour le prix de chaque visite, à partir du moment de cette visite, chacune des visites du médecin constituant une créance particulière.

Le tribunal ajoute « que cette solution doit être d'autant plus admise qu'il s'agit non de maladies aiguës pour lesquelles, d'après certains auteurs, le point de départ de la

prescription devrait être la fin de la maladie, mais de maladie simplement chronique. »

Nous préférons le système qui fait courir la prescription à partir de la cessation des soins du médecin. « Cette solution, est la seule pratique ; car c'est seulement à partir de la cessation des soins que le médecin songe à réclamer et le malade à payer. Jusque-là il y a une sorte d'entente tacite à arrêter toute action et pourtant toute prescription (1). »

DE L'EMPLOI DES RAYONS ROENTGEN

Dans la séance de l'Académie de Médecine du 23 mai 1905, M. Debove a appelé l'attention de ses collègues sur les dangers que présente la pratique libre de la radiographie par des hommes qui n'ont de cette science aucune notion (2). Les Roentgen, dit-il, ont donné des résultats thérapeutiques indéniables, mais ils peuvent provoquer des accidents divers, notamment des radio-dermites graves, des escarres ; chez la femme même, l'atrophie des ovaires et, par suite, la stérilité. Peut-être cette dernière action constituera-t-elle bientôt un vrai péril social. Pour en éviter le développement, le Congrès Roentgen, tenu à Berlin du 30 avril au 3 mai dernier, a voté à l'unanimité la proposition suivante : « L'emploi des rayons Roentgen chez l'homme est uniquement du ressort médical. »

Il croit que cette grave question mérite de fixer l'attention de l'Académie et propose de nommer une commission qui l'étudierait et verrait s'il n'y a pas lieu d'inviter les pouvoirs publics à poursuivre, pour exercice illégal de la médecine, les personnes non munies du diplôme de docteur en médecine qui appliquent les rayons Roentgen au diagnostic et au traitement des maladies.

(1) En ce sens : Caen, 21 avril 1868, D. 71.2.180 ; Trib. civ. Seine, 15 janvier 1870 (D. 71.3.101) ; Lyon, 15 novembre 1898. (D. 99.2.371.) Floquet, Code pratique des honoraires médicaux, p. 380.

(2) Dans ses séances du 13 février et 10 avril 1905, la Société de Médecine légale avait signalé ces mêmes dangers, à propos de la question de savoir s'il était possible, à l'heure actuelle, d'imposer aux accidentés du travail l'examen par les rayons Roentgen. (Voir plus haut, p. 40 et 113).

Séance du 10 juillet 1905.

Présidence de M. le Dr MOTET.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté sans observation, après la déclaration de M. le Secrétaire général que ce procès-verbal a omis de mentionner deux vacances de membres correspondants dans le ressort de la cour de Montpellier.

La Société décide que, selon l'usage, la *séance d'août*, fixée au 14, à la veille des vacances judiciaires, n'aura pas lieu cette année. La prochaine séance se trouve ainsi reportée au 13 novembre.

M. LE PRÉSIDENT annonce avec regret que M. Adolphe GUILLOT, membre de l'Institut, vice-président honoraire au tribunal de la Seine, lui a adressé une lettre dans laquelle il se voit dans la nécessité, pour raisons de santé, de donner sa démission de membre titulaire de la Société.

M. Guillot est élu à l'unanimité *membre honoraire* et une vacance est déclarée parmi les magistrats et avocats membres titulaires de la Société.

La Société décide que la *Commission des candidatures* des membres titulaires et des membres correspondants ne sera nommée qu'à la séance du 13 novembre prochain et que toutes les demandes de candidatures pourront se produire jusqu'à cette date.

M. le SECRÉTAIRE GÉNÉRAL annonce qu'il a déjà reçu les demandes de candidatures suivantes :

Membres titulaires. — M. le Dr Balthazard, agrégé de médecine légale à la faculté de Paris ; — M. le Dr Berthod, vice-président de l'internat des hôpitaux de Paris.

Membres correspondants. — M. H. Prudhomme, juge au tribunal civil de Lille ; — M. René Decante, juge suppléant au tribunal civil de Pontoise ; — M. le Dr Forgeue, professeur de clinique chirurgicale à la faculté de médecine de Montpellier ; — M. le Dr Jeanbrau, professeur agrégé à la faculté de médecine de Montpellier.

M. le SECRÉTAIRE GÉNÉRAL rappelle que le VII^e congrès pénitentiaire international se tiendra à Budapest du 3 au 9

septembre prochain et que l'ordre du jour comporte quelques questions dans la solution desquelles la médecine légale joue un certain rôle. La Société décide de déléguer M. LEREDU à ce Congrès, pour le cas où il jugerait à propos de s'y rendre.

Parmi les volumes et brochures transmis à la Société, il importe de signaler un rapport, présenté au Congrès médical international des accidents du travail, à Liège, par M. le Dr BAUDRY, professeur de clinique ophtalmologique à l'Université de Lille, ayant pour titre : *Simulation et aggravation volontaires des blessures de l'œil à la suite d'accidents du travail*. — La Société prie M. le Dr VALUDE, qui accepte, de vouloir bien lui présenter une analyse de ce travail, dans sa prochaine séance.

M. le SECRÉTAIRE GÉNÉRAL présente les ouvrages suivants que leurs auteurs ont offerts à la Société :

Guide pratique du médecin dans les accidents du travail, leurs suites médicales et judiciaires, par MM. les docteurs Jeanbrau et Forgue, professeurs à la faculté de médecine de Montpellier. Paris, 1904, vol. in-8 de 370 pages.

La hernie-accident devant la jurisprudence française, par MM. les docteurs Jeanbrau et Forgue, professeurs à la faculté de médecine de Montpellier. Paris, 1904, brochure in-8° de 36 pages.

Les rapports des tuberculoses avec les traumatismes devant les lois sur les accidents du travail, par M. le docteur Jeanbrau, de la faculté de médecine de Montpellier ; rapport présenté au Congrès médical de Liège sur les accidents du travail. Liège, 1905, brochure in-8° de 32 pages.

M. le SECRÉTAIRE GÉNÉRAL rappelle les communications faites à la Société par M. le Dr Legras, à propos de l'action en dommages-intérêts dont il a été l'objet de la part d'un sieur X. qu'il avait été chargé d'examiner au point de vue mental par M. le juge d'instruction (1). Il lui semble qu'il y aurait lieu d'examiner la question de savoir à quelle procédure spéciale (par exemple celle de la prise à partie) il conviendrait de recourir pour protéger les médecins experts commis par les juges d'instruction et, par suite, véritables auxiliaires de la justice, contre les actions téméraires en dommages-intérêts dont ils ont été, en ces derniers temps, si souvent l'objet.

(1) Séances des 13 février et 8 mai 1905. *Bulletin plus haut*, p. 50 et 123.

La Société décide de constituer une *commission* à ce sujet. Elle sera composée de MM. Dayras, Lefort et Legras.

M. le PRÉSIDENT donne la parole à M. le Dr Armand Laurent, correspondant de la Société à Rouen, pour une communication sur un cas de *névrite traumatique à l'occasion d'un accident du travail*.

ACCIDENTS DU TRAVAIL

NÉVRITE TRAUMATIQUE DE LA QUEUE DE CHEVAL

Rapport médico-légal de M. le Dr Armand LAURENT (de Rouen), membre correspondant de la Société.

Commis par M. le Juge de paix du III^e canton de Rouen, pour examiner la blessure reçue par un sieur R. au cours de son travail (*transport à dos de lourds ballots de déchets de diverses filatures*), chez le sieur D. ; voici quelles ont été mes constatations, observations et conclusions :

EXPOSÉ DES FAITS.

R. est âgé de 52 ans, d'un tempérament nervoso-sanguin ; ancien soldat d'infanterie de marine, ayant servi dans les colonies sans contracter aucune maladie, est d'une constitution robuste et d'un embonpoint médiocre.

Depuis vingt-trois ans, il fait le même travail chez des marchands de déchets.

J'ai constaté un affaiblissement du membre inférieur droit, se manifestant, lorsque R. monte les escaliers ou lorsque, étant assis, il essaye de se lever. Il se produit dans les muscles contractés une douleur qu'il assimile à un coup de fouet. Celle-ci a son point de départ dans l'arcade crurale, au point même où le nerf crural, à son passage sous cette arcade, se trouve, lors des mouvements, comprimé par les muscles qui lui servent pour ainsi dire de gouttière.

A l'examen détaillé des différentes portions du membre inférieur droit, j'ai reconnu que l'aspect physique

n'offrait rien de particulier à signaler, ni varices, ni aucune lésion.

Il n'en est pas de même des phénomènes subjectifs résultant du fonctionnement. Je viens de noter une douleur qui ne laisse pas d'être un signe important, puisqu'il démontre un état de souffrance plus ou moins latent, évidemment subordonné à une lésion des tissus nerveux. Il convient de compléter sa description, en signalant que, lorsque R. veut étendre le membre inférieur entier ou le soulever, quand il est couché, une douleur qui est localisée à l'arcade crurale (pli de l'aîne) prend un développement subit, et de l'aîne s'irradie dans tout le membre. De là parfois, pendant la nuit, des manifestations douloureuses ont lieu, à la suite de mouvements.

Mais, en outre, par la palpation, j'ai découvert un *îlot d'anesthésie*, occupant la région antérieure et interne de la jambe droite, depuis le genou jusqu'au péroné. Sa limitation est parfaitement établie à l'aide de piqures pratiquées au moyen d'une épingle. La situation et l'étendue de cet îlot correspondent précisément à la distribution du nerf saphène interne, rameau interne et cutané du nerf crural.

Les troubles de la motilité et de la sensibilité que je viens de décrire brièvement prouvent suffisamment que R. n'est pas encore rétabli des lésions causées par l'accident, qui lui est survenu le 31 août dernier, et n'est pas encore apte à reprendre le travail pénible qui lui incombait (véritable travail de bête de somme). Depuis 7 heures du matin jusqu'à 7 heures du soir, sauf un arrêt d'une heure pour le déjeuner, il portait sur le dos de lourds ballots de déchets

Il m'a paru nécessaire de remonter à l'historique des manifestations morbides qui avaient déterminé l'incapacité temporaire de travail.

Il est essentiel de faire connaître que le 22 juillet dernier, R. a été blessé en travaillant. Il a dû être soi-

gné à l'Hôtel-Dieu, où il a subi une application de ventouses à la région lombaire. L'accident était arrivé de la façon suivante : cet employé soulevait un ballot et, pour le maintenir sur son dos, il avait cru devoir faire un effort brusque. Conséquemment, les nerfs lombaires, où le nerf crural prend son origine, atteints par un choc violent, furent soudainement lésés.

C'est ainsi qu'après une interruption de travail datant de ce 22 juillet, R. *jugé suffisamment rétabli*, a repris sa besogne habituelle et a recommencé à s'occuper le 31 août, jour même d'un nouvel accident qu'il y a lieu d'attribuer à un surmenage incontestable.

Vers six heures du soir, après avoir peiné plus qu'à l'ordinaire, n'ayant pas été secondé dans ses opérations comme cela avait lieu auparavant quotidiennement, par le concours d'un nombre suffisant de camarades, il portait un ballot sur le dos, quand le pied droit a glissé et les jambes se sont écartées. Malgré l'ébranlement ressenti, il s'est efforcé de continuer à monter la charge que son échine supportait. Mais, après qu'il se fut débarrassé du fardeau, des douleurs intenses se sont produites dans le membre inférieur droit et dans la hanche. Les douleurs étaient telles qu'il s'empressa de rentrer chez lui et de se coucher. Pendant trois jours et trois nuits, il n'a pas cessé de souffrir de tout le membre.

Le médecin de la compagnie d'assurances n'est venu que le quatrième jour (le 3 septembre) et n'a ordonné aucun médicament. Toutefois, il a prescrit d'aller à l'hôpital. Il semblait supposer qu'il s'agissait d'une *sciatique*. Le médecin du dispensaire municipal, venu sans retard dans l'après-midi, croyant aussi avoir affaire à cette affection, rédigea dans ce sens un bulletin d'admission pour l'Hôtel-Dieu, où le blessé est entré dans un service de médecine, tandis qu'il aurait dû être intégré dans un service de chirurgie.

Le médecin-chef de ce service médical, le lendemain

matin, n'ayant en vue qu'une sciatique et ne trouvant aucun des points névralgiques qui caractérisent l'affection sciatique, ordonna la sortie immédiate, sans plus ample examen.

En quittant l'hôpital, R... fit appeler le Dr P... Celui-ci constata qu'il y avait blessure et estima que la *durée probable* de l'incapacité de travail pouvait être évaluée à une quinzaine de jours.

CONCLUSIONS.

a) Les symptômes mentionnés précédemment : douleurs vives situées sur le trajet du nerf crural se manifestant lors des mouvements — troubles de la motilité, parésie provenant de ces douleurs — anesthésie du nerf saphène interne de la jambe droite, me permettent d'affirmer qu'alors qu'une amélioration considérable allait, grâce à quelques ménagements dans la reprise du travail, mettre fin aux suites d'un premier accident, un deuxième accident s'est produit à peu près de la même façon.

A eu lieu une commotion des segments de la moelle lombaire correspondant plus particulièrement à l'origine du nerf crural, dans la partie chargée d'innervier la région antéro-interne du membre inférieur droit. Cette commotion a déterminé une névrite traumatique de la queue de cheval.

Dans un cas pareil, il n'est que conforme à la distribution nerveuse normale de voir apparaître, au début d'une lésion, des symptômes vagues et variés d'hyperesthésie. Ils témoignent d'une perturbation fugace du voisinage. C'est ainsi qu'il importe de considérer certaines douleurs, accusées par le blessé, le long de la crête iliaque, à la région fessière, à la peau du membre inférieur, etc... A leur instantanéité a succédé un groupe permanent, un syndrome caractéristique ;

b) L'affection provoquée par la blessure rend R... in-

capable de vaquer à ses travaux ordinaires, tels qu'il les accomplissait avant la blessure. Je me crois à même de considérer, comme temporaire, cette incapacité de travail, et cela, d'abord, d'après les conditions de santé antérieure du blessé et ensuite d'après l'amélioration qui s'est produite dans les symptômes ;

c) Grâce à un traitement approprié que je n'ai pas à indiquer ici, R... pourra s'occuper de nouveau et travailler pour gagner sa vie. Mais j'estime qu'il faut qu'il soit soigné d'une manière convenable et que la guérison ne soit pas abandonnée aux seules ressources médicales de la nature. En présence de tissus profondément cachés et intriqués, dont la lésion invisible ne manifeste sa marche vers la guérison que par des saillies d'amélioration qui n'ont pas une accentuation aussi prononcée que dans les autres maladies, on n'est que trop entraîné dans la voie de l'inertie. C'est dans ces conditions de sollicitude thérapeutique que la durée de cette incapacité de travail temporaire peut être évaluée à trois ou quatre semaines à partir de ce jour (1).

(1) Les conclusions de ce rapport ont été entièrement adoptées par M. André, juge de paix du 3^e canton de Rouen, dans son jugement du 6 octobre 1903, qui n'a donné lieu à aucun appel et a été exécuté. De ce jugement nous extrayons le passage suivant :

« Attendu que des constatations par lui opérées l'expert conclut : « que l'accident, cause du litige pendant, a occasionné « une commotion des segments de la moelle lombaire correspondant plus particulièrement à l'origine du nerf crural ; que cette « commotion a déterminé une névrite traumatique de la « queue « de cheval » ; que l'affection provoquée par la blessure rend « M. R... incapable de vaquer à ses travaux ordinaires ; que « cette incapacité de travail est seulement temporaire et peut être « évaluée à trois ou quatre semaines à partir du 26 septembre dernier ».

Attendu que les conclusions du rapport ne sont pas admises par la défense qui sollicite une contre-expertise ; que, pour en démontrer la nécessité, M. D... se borne à soutenir que le rapport du docteur L... est en contradiction avec « celui des autres docteurs qui ont soigné le plaignant.

Attendu, tout d'abord, que cette allégation n'est pas complètement exacte ; qu'ainsi qu'il a été dit, le docteur P.... a constaté chez M. R... une blessure de nature à occasionner une incapacité temporaire de travail ; que la durée probable de cette inca-

OBSERVATIONS.

Le fait qui précède me paraît présenter des points de vue qui ne laissent pas de nous intéresser.

Je me bornerai à rappeler qu'il s'agit d'un ouvrier dont le travail consistait surtout à porter sur son dos, du rez-de-chaussée au premier étage et *vice versa*, des ballots de coton d'un poids considérable et nécessitant certains efforts, d'où risques professionnels analogues à ceux constatés dans les entreprises de chargement et de déchargement.

Ces efforts peuvent suffire pour léser la moelle épinière et les nerfs qui en proviennent pour se rendre dans différentes directions.

L'exemple précédent montre que la lésion peut se trouver bornée à quelques faisceaux plus ou moins restreints, que l'examen de la surface qu'ils desservent fait seule apercevoir par des manifestations cutanées qui sont du ressort de la sensibilité, les phénomènes morbides relatifs à la motilité ayant une délimitation moins facile.

pacité est seulement différente de celle fixée par l'expert ; que cette différence s'explique par ce fait que M. le D^r P. n'a pu faire qu'un examen rapide du blessé ; qu'il est vrai que le D^r G..., médecin de la compagnie, qui, suivant ses expressions mêmes « est allé selon les instructions de l'agent général de la Prévoyance » visiter l'ouvrier, est d'avis « qu'en l'absence de tout symptôme « visible ou palpable, en raison des contradictions dans les dires et « sur le siège des douleurs (*hanche, crête de l'os iliaque, région lombaire, fesse, pli fessier*), des variations successives de R... il « ne peut conclure à une suite d'accident », mais qu'il n'échet point de s'arrêter à cet avis ; qu'en effet l'expert, dans son rapport, affirme que, dans le cas de R..., il n'est que conforme à la disposition nerveuse normale de voir apparaître « au début d'une lésion » des symptômes vagues et variés d'hyperesthésie ; qu'ils témoignent d'une perturbation fugace du voisinage ; que c'est ainsi qu'il importe de considérer certaines douleurs « le long de la crête iliaque », à la *région fessière*, etc. ; que les *variations successives* de R... trouvées fort extraordinaires par le médecin de la compagnie, et génératrices de son avis négatif sus-mentionné, sont, au contraire *constitutives* de l'affection subie et en démontrent l'existence au début de la lésion ; que notre religion est à suffire éclairée et qu'il n'échet point d'ordonner une contre-expertise mais d'entériner purement et simplement le rapport de l'expert ; etc. »

Cette zone anesthésique limitée pourrait faire croire à des symptômes de nature hystérique. L'influence du traumatisme sur la production de certains états névropathiques n'est pas une question nouvelle et a suscité des travaux nombreux. La violence physique aurait pour résultat de localiser une disposition morbide existant déjà depuis un certain temps d'une manière plus ou moins latente.

Tout ici s'explique parfaitement par une lésion n'ayant attaqué les tissus que légèrement, mais dont la guérison a réclamé néanmoins une interruption de travail de plusieurs mois (du 22 juillet à fin octobre 1903) par suite d'une reprise prématurée et imprudente d'un labeur pénible.

Nous pourrions rapprocher ce fait de la rupture de certaines fibres musculaires, lors de contractions excessivement brusques.

Mais étant donné, chez certains individus, la connaissance de cet état pathologique, n'y a-t-il pas lieu de se poser le problème de la possibilité de la simulation ?

C'est évidemment là un des aspects qui doit attirer notre attention et que je me permettrai d'envisager brièvement. J'estime que, dans un cas semblable embarrassant, il est de notre devoir de rechercher dans les différentes manifestations de l'état mental antérieur, dans l'émotivité tout particulièrement, dans la manière d'être, dans la conduite du sujet, jusqu'à quel point nous nous trouvons en présence d'un individu calme, franc et honnête qui nous dit exactement la vérité. C'est là évidemment la base des investigations subjectives. Si la cause traumatique est ensuite suffisamment démontrée, il nous reste à rechercher le degré de stabilité du symptôme, en même temps que la marche de son amoindrissement.

Le cas précédent témoigne encore de la nécessité de certaines précautions dans la reprise du travail et de l'obligation où nous nous trouvons, pour éviter une rechute par imprudence, du fait du patron ou de l'ouvrier,

de spécifier explicitement ces conditions curatives, dans les certificats médicaux que nous avons à fournir.

M. LE PRÉSIDENT remercie M. le Dr Laurent de son intéressante communication, qui sera publié dans le *Bulletin* de la Société et donne ensuite la parole à M. le Dr Granjux, pour la lecture d'une note relative à *l'aliénation mentale dans l'armée, la marine et les troupes coloniales*.

M. le Dr Granjux s'exprime en ces termes :

L'ALIÉNATION MENTALE DANS L'ARMÉE

LA MARINE ET LES TROUPES COLONIALES

Au X^e congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France, tenu à Marseille en avril 1899, j'ai établi, en m'appuyant sur la statistique médicale de l'armée, le pourcentage des réformes pour aliénation mentale, d'une part, dans l'armée, défalcation faite des prisonniers et des hommes des corps d'épreuve. Je suis arrivé aux constatations suivantes :

On réforme pour aliénation dans l'armée, déduction faite des prisonniers et corps d'épreuve, 0,4 ‰ présents.

Dans les établissements pénitentiaires, c'est-à-dire dans les prisons et ateliers de travaux publics, la proportion est quatre fois plus considérable.

Dans les bataillons d'Afrique, qui sont recrutés avec des hommes ayant eu maille à partir avec les tribunaux civils ou militaires, et dont, par suite, la mentalité semblerait avoir été déterminée, on réforme deux fois plus d'aliénés que dans les corps de troupe ordinaires.

Enfin, dans les compagnies de discipline, où les individus coupables de fautes autres que les délits et les crimes sont envoyés, non par le conseil de guerre, mais par simple décision du conseil de discipline réglementaire, le nombre des réformes pour aliénation mentale est 8 fois 1/2 plus considérable que dans le reste de l'armée.

Depuis ma communication, de nouveaux documents sont venus jeter un jour nouveau sur la question. C'est

ainsi que le D^r Uzac, médecin aide-major, chargé du service médical d'une compagnie de discipline, a publié dans le *Caducée* du 7 janvier 1905 des renseignements éminemment suggestifs par rapport au recrutement de ces corps d'épreuve.

« Un premier fait, dit-il, nous a frappé, c'est l'énorme proportion des disciplinaires incorporés à leur corps d'origine comme engagés volontaires, par rapport à ceux incorporés comme appelés. Sur un total de 431 hommes envoyés à la compagnie au cours d'une période d'un peu plus de trois ans, nous trouvons 216 engagés volontaires et 215 appelés. Pour voir ce qu'il y a d'excessif dans ce chiffre, il faut se rappeler la proportion minime des uns par rapport aux autres, dans l'effectif d'un régiment ».

Il ressort de ce relevé que les compagnies de discipline, c'est-à-dire les corps où les aliénés méconnus sont en plus grand nombre, sont alimentés surtout par les engagés volontaires.

Cette infériorité mentale des engagés par rapport aux appelés a, du reste, été établie d'une façon précise par M. le D^r Jourdin, médecin-major de réserve, dans un article intitulé : « De la valeur physique et morale des engagés volontaires » paru dans le *Caducée* du 18 avril 1903. Ses observations ont porté sur un régiment d'infanterie et un régiment de cavalerie appartenant à la même garnison. Il a fait le relevé, d'une part, des déserteurs, d'autre part, des individus envoyés aux compagnies de discipline. Il est arrivé aux résultats suivants :

RÉGIMENT D'INFANTERIE.

Déserteurs Appelés : 4,39 ‰ ; engagés : 8,13
C^{ies} de discipline. Appelés : 10,28 ‰ ; engagés : 18,31

RÉGIMENT DE CAVALERIE.

Déserteurs Appelés 11,05 ‰ ; engagés : 30,63
C^{ies} de discipline Appelés : 8,28 ‰ ; engagés : 43,24

Cette mentalité spéciale des engagés volontaires est mise, s'il est possible, encore plus en évidence par la comparaison des hospitalisations pour aliénation mentale dans la guerre, dans la marine, dans les troupes coloniales, comparaison que nous avons établie dans le *Caducée* du 17 juin 1905.

Tandis que, dans l'armée métropolitaine et dans la marine, en majeure partie composées d'appelés, la proportionnalité de ces hospitalisations est respectivement de 0,4 et 0,5 ‰, elle est de 1,4, c'est-à-dire de trois à quatre fois plus considérable, pour les troupes coloniales où les engagés sont en si grand nombre.

Comment, du reste, pourrait-il en être autrement quand on sait ce que sont cérébralement la plupart des engagés volontaires.

MM. Pitres et Régis, dans leur livre : « Obsessions et impulsions », ont écrit ces lignes :

« Les dégénérés constituent une véritable plaie pour l'armée. Engagés, pour la plupart, soit spontanément, soit sur l'intervention de leur famille, ils sont inaptes à supporter l'existence régulière, laborieuse et soumise du soldat. C'est parmi eux que se recrutent bon nombre des indisciplinés, des déserteurs, des délinquants qui alimentent la prison et le conseil de guerre, et qui sont d'un si fâcheux exemple pour leurs camarades ».

Le médecin-major Jourdin s'exprime ainsi :

« A part ceux qui ont le ferme désir d'arriver au grade d'officier, ce sont, pour la plupart, des sujets de caractère faible, mécontents de la vie civile et entrant dans l'armée à la suite d'une impulsion, avec l'espoir d'y trouver une situation plus agréable ; quelques-uns même, de mauvaise conduite, sont poussés vers l'engagement par des parents désireux de s'en débarrasser ou de les voir s'amender. Il semble ressortir de cette étude que les engagés volontaires ont une valeur physique et une valeur morale inférieure à celles des appelés pour lesquels

ils sont une cause de contagion physique et morale ».

Le médecin-major Bonnette, dans un article intitulé « La limite d'âge physiologique des engagements volontaires », paru dans le *Caducée* du 4 février 1905, s'exprime ainsi :

« A l'exception des ouvriers, des musiciens, qui ont des fonctions agréables, presque sédentaires ou des jeunes gens qui veulent devenir officiers, la plupart des engagés de quatre ou cinq ans sont des « enfants gâtés », des impulsifs, qui s'engagent « dans un coup de tête » pour un motif futile. Quelquefois même ils y sont poussés par des parents désireux de s'en débarrasser et qui espèrent que la dure discipline militaire matraquera ces caractères insoumis. »

L'accord est donc unanime : statistique et observateurs établissent que les engagés volontaires apportent dans l'armée un fort contingent de dégénérés, de déséquilibrés, de candidats à la folie, si celle-ci n'est pas déjà établie. Il y a là un danger pour les individus et pour l'armée. Pour y remédier, deux mesures s'imposent : 1° l'expertise mentale faite à leur arrivée, au bureau de recrutement pour les engagés volontaires et avant le conseil de revision pour les conscrits qui arguent de troubles nerveux ; — 2° l'examen médico-légal de tout militaire en prévention de conseil de guerre ou de conseil de discipline.

L'adoption de ces mesures si faciles à réaliser constituerait une mesure de sauvegarde militaire et sociale.

M. SOCQUET. — Il me semble indispensable que, dans les expertises faites au Conseil de guerre, il y ait avec les médecins militaires un médecin aliéniste.

M. VALLON appuie l'observation de M. Socquet, en ajoutant qu'il croit bien qu'aucun médecin aliéniste n'a été commis par un conseil de guerre, du moins à Paris ; en tous cas, jamais à sa connaissance un expert n'a été désigné parmi les membres de la Société de médecine légale.

M. Charles CONSTANT. — C'est affaire au défenseur de demander un expert civil. Il me semble bien difficile que le Conseil ne fasse pas droit à cette demande.

M. GRANJUX. — Je ne crois pas qu'il y ait à l'heure actuelle un président de Conseil de guerre qui refuserait à la défense pareille demande. Du reste, dans ma communication, je ne vise pas les expertises au Conseil de guerre ; c'est une tout autre question. Je n'ai envisagé que cette période qu'on pourrait appeler « pré-conseil de guerre » et « pré-conseil de discipline ». En définitive, ce que je demande, c'est la création de filtres dégrossisseurs, d'une part à la porte de la caserne et du bureau de recrutement, et d'autre part au seuil de la *prévention* en conseil de guerre ou de discipline.

Tout cela est de réalisation facile. Pour le conseil de revision, le moyen a été indiqué au Sénat par le Dr Treille, qui a demandé que tout conscrit invoquant des accidents nerveux fut soumis, avant le conseil de revision, à un examen par un expert désigné *ad hoc*.

Au bureau de recrutement, on pourrait exiger de tout engagé un certificat du médecin de la famille, constatant qu'il est sain d'esprit.

Pour ce qui est des hommes en prévention de conseil de guerre ou de discipline, il suffirait de comprendre, dans la constitution du dossier, la production d'un examen médico-légal de l'individu.

Je ne prétends pas qu'on dépisterait par ces moyens tous les aliénés méconnus qui se trouvent dans l'armée, mais on me concèdera que les disciplinaires réformés pour aliénation mentale par les médecins militaires, l'auraient été avant leur condamnation si, à ce moment, ils avaient été soumis à un examen médical.

M. DUPRÉ demande si les médecins militaires reçoivent une instruction psychiatrique.

M. GRANDJUX répond qu'il en est notamment ainsi au Val-de-Grâce, à Paris et que si les médecins militaires devaient être appelés, ainsi qu'il le demande, à examiner au point de vue mental les appelés devant les conseils de revision et les militaires en prévention de conseil de discipline ou de conseil de guerre, cette instruction spéciale pourrait et devrait être étendue.

M. ANTHEAUME. — J'ai fait des recherches dans la statis-

tique médicale de l'armée, concernant les dix dernières années, et je suis arrivé aux mêmes constatations que M. Granjux. Comme la grande proportion d'aliénés qui se trouvent aux compagnies de discipline m'avait frappé, j'ai demandé à un certain nombre de médecins militaires si c'était le régime de ces compagnies qui déterminait les manifestations vésaniques ou bien si ces désordres étaient antérieurs. Ils m'ont répondu que la deuxième hypothèse était la vraie, et que, si un détraqué passe au conseil de guerre, son état mental est généralement établi, tandis qu'au conseil de discipline il a peu de chances d'être reconnu ; on n'attache d'importance à l'état mental du prévenu que dans les cas patents et le conseil de discipline est seul juge de dire s'il y a ou non prescription d'aliénation mentale. M. Granjux pourrait-il nous fixer sur ce point.

M. GRANJUX. — Les aliénés réformés comme tels aux compagnies de discipline y arrivent avec leur tare cérébrale ; leur histoire personnelle le démontre surabondamment.

Au conseil de guerre il est rare, très rare, que la mentalité des prévenus ne soit pas l'objet d'un examen médico-légal. Au conseil de discipline, rien de pareil.

Lorsqu'un soldat a encore un laps de temps de service déterminé à effectuer et qu'il a dépassé un nombre N de journées de punition, il est traduit devant un conseil dit de discipline, composé d'un capitaine, d'un lieutenant et d'un sous-lieutenant, qui décide de l'opportunité à envoyer le prévenu aux compagnies de discipline. Ces officiers se trouvent en présence d'un homme coupable de fautes contre la discipline bien caractérisées, et qu'ils ne peuvent comprendre autrement. Ils ne savent pas que « la bordée » peut être une « fugue ». Ils ignorent tout des impulsions de l'épileptique, etc. Ils ne peuvent donc supposer qu'ils peuvent avoir à juger un malade, et songer à le soumettre à un examen médical. Et c'est pour cela qu'il y a aux compagnies de discipline deux fois plus d'aliénés méconnus que dans les prisons et quatre fois plus que dans les bataillons d'Afrique dont les hommes ont passé par les mains des tribunaux civils ou militaires.

M. CHRISTIAN. — Je ne crois pas que l'on obtienne grand chose de la mesure proposée pour le conseil de revision. Il y a un certain nombre de parents qui veulent cacher la tare familiale, d'autres qui ne demandent qu'à confier à l'armée

pour le redresser le fils dont ils ne peuvent rien faire. Les choses resteront donc en l'état, d'autant que les certificats des médecins civils ne pèsent pas d'un grand poids au conseil de revision.

En revanche, je pense que le certificat médico-légal demandé par notre confrère pour tout individu en prévention de conseil de guerre ou de discipline devrait être de droit.

M. GRANJUX. — Il est bien certain que nous ne pourrions rien sur les gens qui voudront cacher leurs tares. Il est non moins évident que, dans les villes, la situation mentale des tarés peut être assez facilement élucidée et déterminée avant le conseil de revision quand on le désire. En revanche, à la campagne, il y a de pauvres garçons, des simples disent les uns, des innocents disent les autres, dont personne n'a souci, et qui viennent, bien à tort, encombrer les rangs de l'armée, alors qu'il serait facile de les arrêter au seuil, grâce à une expertise faite avant le conseil de revision. Et combien sont dans des cas analogues.

M. CHRISTIAN. — A la campagne on fera son possible pour envoyer les « simples » se dégourdir à la caserne, et se débarrasser des vicieux, des dangereux.

M. LAURENT fait observer que, pour les engagés dans la marine, la statistique accuserait certainement encore plus de malades que parmi les engagés dans l'armée de terre. Il serait intéressant d'en connaître les causes.

M. GRANJUX. — En tout cas, on ne peut laisser les choses en l'état. Il convient de tenter d'arrêter au seuil de l'armée les aliénés qui y entrent en trop grand nombre, et il nous semble que les mesures proposées par nous répondent à ce but. Nous n'espérons pas les éliminer tous. Comme nous l'avons déjà dit, nous ne croyons pas prôner autre chose qu'un filtre dégrossisseur. Son rendement sera considérable.

M. MOTET. — Dans ma clientèle on m'a demandé différentes fois des certificats pour le conseil de revision, et je dois déclarer que toujours ils ont été pris en considération.

Les faits apportés par M. Granjux sont des plus intéressants. Ses propositions semblent justes et je lui adresse nos remerciements.

Vu l'heure avancée, la suite de l'ordre du jour est renvoyée au mois de novembre et la séance est levée à 5 h. 3/4.

Le secrétaire, Dr M. BRIAND.

Séance du 13 novembre 1905.

Présidence de M. le Dr MOTET.

Le procès-verbal de la précédente séance est adopté sans observations.

M. le SECRÉTAIRE GÉNÉRAL, résumant la correspondance, fait connaître, tout d'abord, la lettre par laquelle M. Adolphe GUILLOT, « très touché du titre de membre honoraire que la Société lui a conféré, remercie vivement ses anciens collègues et leur exprime ses regrets de ne plus être des leurs... »

M. le SECRÉTAIRE GÉNÉRAL rappelle que, en 1906, le *Congrès pour la répression de l'exercice illégal de la médecine* aura lieu à Paris du 30 avril au 3 mai, sous la présidence de M. le prof. Brouardel. — Le *Congrès des aliénés et neurologistes* aura lieu à Lille sous la présidence de M. le prof. Grasset, de Montpellier. Parmi les questions à discuter sera celle de « la responsabilité des hystériques » au rapport de M. le Dr Autheau (de Paris), membre titulaire de la Société de médecine légale. — Un *Congrès international des accidents du travail* se tiendra à Milan, au mois de juin prochain. — Enfin le *Congrès des Sociétés savantes* s'ouvrira à la Sorbonne le 17 avril 1906. Aucune question médico-légale n'étant portée au programme, la Société ne juge pas utile d'y désigner spécialement un de ses membres.

En dehors des recueils périodiques que la Société reçoit chaque mois à titres d'échanges, il convient de signaler :

Une *Etude de la pénétration* de M. le Dr Nicolas S. Minovici, de l'institut médico-légal de Bucarest, publiée dans les *Archives d'anthropologie criminelle* de septembre et octobre 1905.

Une note de MM. Ollive et Le Meignen (de Nantes) sur *l'Assimilation des maladies professionnelles aux accidents du travail*, présentée au Congrès de Liège (Broch. in-8° de 14 pages) et qui se termine par les conclusions suivantes : « L'assimilation des maladies professionnelles aux accidents du travail est impossible ; toute loi visant exclusivement les maladies professionnelles est une loi mauvaise et inapplicable (1) ; une loi véritablement sociale doit viser toutes les mala-

(1) Un projet de loi sur les *maladies professionnelles* a été présenté le 16 mai 1905 à la Chambre des députés et renvoyé à la Commission d'assurance et de prévoyance sociales.

dies chez *tous* les salariés ; on ne peut considérer que comme mesure d'attente sa restriction aux seules professions dites insalubres. »

Notes et observations de médecine légale de M. H. Legludic (d'Angers) spécialement consacrées aux *Blessures* (Vol. in-8° de 771 pages). Cet important ouvrage mérite un compte rendu spécial et détaillé, pour une de nos prochaines séances et que nous serons heureux de publier dans notre *Bulletin* comme nous l'avons déjà fait pour l'étude du même auteur sur les *Attentats aux mœurs* (1).

M. le Dr LAUGIER veut bien se charger du compte rendu de la nouvelle étude de notre savant collègue.

La Société de médecine légale ayant étudiée la question de savoir si *l'aliénation mentale* peut être admise dans la législation comme cause de divorce et l'ayant résolue négativement, il n'est pas sans intérêt de lui signaler la proposition de loi dont M. Colin, député d'Alger, vient de saisir le Parlement (novembre 1905) et qui tend à admettre la folie comme cause légale de divorce. — Les travaux de la Société à ce sujet (2) seront envoyés à la commission qui sera chargée d'étudier la proposition de M. Colin.

Il convient aussi de signaler que, à l'occasion d'une nomination du Dr Chapuis (Lons-le-Saunier), comme chevalier de la Légion d'honneur, le *Journal officiel* du 10 juillet 1905 (p. 100) le qualifie de *médecins assermentés*, « alors que, à la suite de ses recherches, la Société de Médecine légale, se basant sur un avis du Conseil d'Etat en date du 23 novembre 1879, a cru pouvoir dire (3), qu'il n'y avait pas, à proprement parler, de « médecin assermenté. »

Candidatures aux sièges vacants.

M. le SECRÉTAIRE GÉNÉRAL fait connaître les candidatures qui se sont produites jusqu'à ce jour aux sièges de membres titulaires et de membres correspondants déclarés vacants. Ce sont les suivantes :

Membres titulaires. — Au siège déclaré vacant par suite du décès de M. le Dr P. Garnier, se présentent : M. le Dr BLIN,

(1) Compte-rendu de M. le Dr Laugier, du 9 mars 1895 (*Bulletin*, t. XIV, p. 140).

(2) *Bulletin* de la Société, 1905, p. 105.

(3) *Bulletin* de la Société, 1905, p. 33.

médecin en chef de l'asile de Vaucluse, et M. le Dr BALTHAZARD, agrégé à la chaire de médecine légale de la faculté de Paris, qui, tous deux, ont renouvelé leur demande, dans les termes des statuts, après avoir posé précédemment leurs candidatures aux sièges déclarés vacants par suite des décès de MM. Ladreit de la Charrière et Gilles de la Tourette (1).

Deux nouvelles candidatures se sont produites : celles de M. le Dr Paul BERTHOD, vice-président de la Société de l'Internat des hôpitaux de Paris, et celle de M. le Dr Yor, médecin expert près le tribunal de Versailles, membre correspondant de la Société de médecine légale de France (9 mars 1903).

Pour le siège déclaré vacant par suite de l'honorariat conféré (art. 8, § 3 des statuts), à M. Adolphe Guillot, ancien doyen des juges d'instruction de la Seine, se sont produites les candidatures suivantes : celles de M. ALBANEL, juge d'instruction au tribunal de la Seine, qui avait antérieurement posé sa candidature au siège laissé vacant par suite du décès de M. le conseiller Lefuel (1) et l'a renouvelée conformément aux statuts, et celle de M. Paul BOGELOT, avocat à la cour d'appel de Paris.

La Société décide que ces six candidatures seront soumises à l'examen d'une commission spéciale, composée de MM. Antheaume, Benoist, Chassevant, Danet, et Moreau de Tours.

Membres correspondants.— Les quatre candidatures suivantes ont été posées : M. Henri PRUDHOMME, juge au tribunal civil de Lille (ressort de la cour d'appel de Douai); — M. René DECANTE, juge suppléant au tribunal civil de Pontoise (ressort de la cour de Paris); — M. le Dr Emile FORGUE, professeur de clinique chirurgicale à la faculté de médecine de Montpellier, correspondant national de l'Académie de Médecine (ressort de la cour de Montpellier); — M. le Dr E. JEANBRAU, professeur agrégé à la faculté de Médecine de Montpellier (ressort de la cour de Montpellier).

La Société décide le renvoi de l'examen de ces quatre candidatures à la commission spéciale ci-dessus nommée.

M. le PRÉSIDENT fait part à la Société qu'il a reçu, de la *Société centrale médico-chirurgicale*, une invitation à la séance solennelle du 20 novembre prochain, dans laquelle cette so-

(1) Voir plus haut, pp. 38 et 65.

ciété fêtera le centième anniversaire de sa fondation. — La Société de médecine légale prie son président de vouloir bien la représenter à cette solennité.

M. le PRÉSIDENT donne lecture d'une lettre que lui a transmise M. le professeur Brouardel, et qui appelle la solution de la question suivante :

Le médecin d'une administration peut-il révéler au chef de celle-ci, sur la demande qui lui en est faite, la tuberculose d'un de ses employés, alors qu'il a connu la maladie de cet employé comme médecin de cette administration.

Cette question, se rattachant à celle du secret médical en général, la Société décide d'en renvoyer l'examen à une commission spéciale, qui sera également saisie de toutes les questions de même nature.

Cette commission sera composée de sept membres, savoir : MM. P. Brouardel, Vallon, Leredu, Rocher, Thibierge, Thoinot et Valude.

* * *

SIMULATION ET AGGRAVATION VOLONTAIRES DES

BLESSURES DE L'ŒIL CHEZ LES ACCIDENTÉS DU TRAVAIL

M. le PRÉSIDENT donne la parole à M. VALUDE pour la lecture de son rapport sur la brochure de M. le Dr Baudry (de Lille) intitulé : *Simulation et aggravation volontaires des blessures de l'œil à la suite d'accidents du travail* (1).

M. Valude s'exprime ainsi :

Messieurs,

M. le Dr Baudry, professeur de clinique ophtalmologique à l'Université et médecin expert près le tribunal de Lille, dont on connaît la compétence particulière et les travaux importants sur *les traumatismes de l'œil au point de vue médico-légal*, nous adresse aujourd'hui une étude très complète sur un des chapitres les plus inté-

(1) Brochure in-8° de 32 pages, Bruxelles, 1905.

ressants du sujet précédent : la *simulation et l'aggravation volontaires des blessures de l'œil à la suite d'accidents du travail*.

C'est qu'en effet, la simulation, surtout l'exagération des affections oculaires sont devenues beaucoup plus nombreuses depuis l'application de la loi sur les accidents.

Les simulateurs complets restent rares parce que la supercherie est souvent facile à découvrir et que le public le sait ; mais ce qui augmente en progression parallèle avec l'importance des indemnités accordées aux ouvriers blessés, ce sont les blessés qui exagèrent leurs troubles fonctionnels ; nous sommes d'accord, avec les statistiques récentes publiées dans le travail actuel de M. Baudry, pour accorder aux *exagérations* le chiffre de 80 %, tandis que celui des *simulations pures* resterait réduit à 5 %, environ.

Cette étude des exagérations, des aggravations des blessures vient donc à son heure et est destinée à rendre un grand service aux médecins experts qui se trouvent quotidiennement en présence des faits de ce genre.

M. Baudry divise son travail en deux parties : dans la première, il étudie la simulation, qui comprend non seulement la simulation de toutes pièces d'un trouble oculaire qui n'existe point, mais encore et surtout l'*exagération* d'un trouble existant ; dans la seconde il traite de l'*aggravation* volontaire d'une lésion oculaire causée par l'accident du travail. Nous suivrons cette division de son étude en nous arrêtant aux points qui nous paraissent les plus importants.

Les simulateurs, pour M. Baudry, se divisent eux-mêmes en trois groupes :

Ceux qui inventent de toutes pièces un accident — ; 2° ceux qui rapportent à un accident une maladie spontanée antérieure ; — 3° ceux qui exagèrent des troubles réels consécutifs à un accident.

Les simulateurs du premier groupe ne nous arrêteront guère ; la supercherie est d'ordinaire ici grossière, et facile à découvrir.

Il est, du reste, rare que l'ouvrier imagine à la fois l'accident et la blessure ; il faudrait des témoins complaisants.

Bien plus souvent, et c'est le deuxième groupe des simulateurs, les ouvriers atteints d'une lésion de l'œil cherchent à mettre sur le compte d'un accident réel leur maladie antérieure. Nous avons observé nous-même un fait bien typique de cet ordre.

Il s'agissait d'une femme, qui avait été renversée par une voiture sur la chaussée et qui se plaignait de troubles visuels graves survenus à la suite de cet accident. Nommé expert avec deux de mes confrères de Paris pour examiner cette femme, nous trouvons chez elle une cécité presque complète, et comme lésion oculaire, une névrorétinite double à la période d'atrophie. Une telle lésion pouvait à la rigueur être imputée à l'accident et l'un de nous penchait vers cette opinion qui donnait gain de cause à la plaignante. J'imaginai, pour fortifier l'idée contraire d'une maladie antérieure et concomitante, qui d'ailleurs avait prévalu dans notre délibération d'experts, de faire des recherches dans les archives de la Clinique des Quinze-Vingts. Je trouvai sans peine, au nom de la malade, dans le service d'un de mes collègues, une fiche attestant qu'un mois avant l'accident, elle avait été examinée, à la clinique pour la maladie que nous avons constatée et que déjà elle était presque aveugle.

C'est pour moi l'occasion de poser ici une question, que j'ai déjà soumise à divers jurisconsultes et pour laquelle j'ai recueilli des avis contradictoires : A-t-on le droit, à titre d'expert, de faire état de renseignements recueillis en dehors des pièces qui vous sont soumises, de fiches d'hôpital par exemple ?

M. Baudry, au cours de son travail, dit que la ruse est permise à l'expert, et qu'en Allemagne il existe des maisons spéciales d'observation pour déjouer la tactique des simulateurs, même en dehors de l'acte de l'expertise. Avons-nous le droit de recueillir tous les renseignements utiles à la démonstration de la vérité et par tous les moyens en notre pouvoir ? C'est la question du secret médical qui se pose encore une fois.

Le cas d'amaurose que nous venons de rapporter doit être assez rare. M. Baudry, n'en cite pas d'exemple. Ce qui est commun, c'est la substitution d'une maladie externe à une lésion soi-disant produite par un accident connu. C'est ainsi que des conjonctivites, des kératites graves sont présentées par l'ouvrier comme consécutives à une brûlure légère, ou à l'introduction d'un corps étranger. Des lésions anciennes et spontanées du cristallin sont très communément déclarées par l'intéressé comme étant d'origine traumatique.

Les simulateurs du troisième groupe comprennent tous les cas qui relèvent de l'hystéro-traumatisme et de l'irritation sympathique. C'est là qu'à chaque instant on rencontre une exagération voulue des troubles visuels, et c'est dans l'examen de ces malades que la tâche de l'expert devient excessivement ardue. Il est impossible, en effet, d'être simpliste comme le sont encore aujourd'hui beaucoup de médecins, et de conclure à la simulation, en l'absence de signes objectifs révélateurs d'une lésion organique ; il n'est pas douteux que l'amblyopie hystéro-traumatique ne soit un fait réel. Je me souviens d'un cas à cet égard bien démonstratif. Je vois arriver un jour à ma consultation des Quinze-Vingts un jeune homme d'une quinzaine d'années, venant de Reims exprès pour consulter à la clinique. Il me raconte qu'il avait perdu complètement la vue de l'œil droit à la suite d'un accident insignifiant en apparence, une éraillure de la cor-

née ; quelqu'un lui avait dit que son œil pouvait se perdre par le fait d'un tel accident et, en effet, la vision s'était rapidement abolie. Je l'examine et ne trouve à cet œil aucune lésion, bien que le patient déclarât ne pas distinguer même la lumière. L'examen avec un prisme me démontra facilement que la vision n'était en réalité nullement abolie et qu'elle restait entière. Mais était-ce là un simulateur ou s'agissait-il d'hystéro-traumatisme ?

Telle était la question à résoudre. En causant avec le jeune homme, je me convainquis que je n'avais pas affaire à un simulateur ; d'abord il n'y avait aucun intérêt, attendu qu'il ne s'agissait pas d'un accident du travail ; puis il était sincèrement tourmenté de son état, ayant entrepris pour être examiné un long voyage pour un ouvrier. Je résolus donc de faire cesser son état par une suggestion raisonnée, comme il avait été causé par une suggestion déraisonnable. J'expliquai au malade son cas et comment je m'étais assuré de l'intégrité du fonctionnement de son œil ; tout aussitôt il se mit à trembler, couvert d'une sueur nerveuse, et en peu d'instant il recouvra l'usage de son œil droit dans les conditions normales. Ce fait démontre donc la réalité de l'amblyopie hystéro-traumatique, et il en existe bien d'autres. Ce qui est plus difficile, c'est d'établir la limite de l'exagération du malade, aussi bien quand il s'agit d'hystéro-traumatisme que de troubles sympathiques.

Pour les cas d'amblyopie hystéro-traumatique, nous aurons pour nous guider tous les signes concomitants de l'hystérie énumérés par M. Baudry dans son travail ; il sont connus ; mais tous, même le rétrécissement du champ visuel sont susceptibles d'être simulés, ce qui rend assez difficile la recherche de la vérité.

Pour les troubles sympathiques, la difficulté est grande encore, mais ici l'oculiste est en droit de refuser toute créance aux troubles qui ne s'accompagnent pas au moins

d'un des signes caractéristiques de l'ophtalmie sympathique, à savoir : le larmolement joint à la photophobie, la sensibilité de la région ciliaire, enfin les lésions cyclitiques ou profondes, appréciables à la vue. Telle est du moins notre appréciation ; mais M. Baudry, sur ce point, laisse le lecteur dans le doute et semble considérer dans de tels cas la difficulté comme difficile à trancher. Il est fâcheux que ce point de son travail ait été écourté, car c'est certainement un des plus intéressants pour la pratique, les troubles sympathiques après énucléation de l'œil blessé étant un terrain de prédilection pour les simulateurs.

Nous observons en ce moment même un accidenté chez lequel une énucléation a été faite, et qui présente des troubles tellement étranges que nous ne pouvons, raisonnablement, les ranger dans les accidents sympathiques, pour la raison que de tels troubles ne s'observent jamais chez des énucléés qui n'ont rien à attendre de la loi sur les accidents du travail.

Dans la seconde partie de son mémoire, M. Baudry traite de l'aggravation volontaire des lésions de l'accidenté. Ici, la question est toute différente de celle que nous venons d'examiner : il s'agit des soins à donner à l'ouvrier et de l'obligation légale qu'il a de se laisser soigner.

Il semble admis que si l'ouvrier retarde sa guérison en s'abstenant volontairement de suivre les prescriptions du médecin, ou si l'état des lésions est pour partie la conséquence de son incurie, le chef d'industrie ne peut être tenu que de payer une rente réduite.

Ainsi en ont jugé la cour de Toulouse et le tribunal de Saint-Etienne, suivant ce que rapporte M. Baudry.

Mais que dire du refus de l'ouvrier de se soumettre à une opération jugée nécessaire à sa guérison, ou au rétablissement de la fonction de son organe ? En général,

les décisions judiciaires ont condamné les auteurs de pareils refus, et même les jugements des cours d'Aix (21 déc. 1901), de Rennes (10 décembre 1901), tout en affirmant le droit pour l'ouvrier de se refuser à une opération même bénigne, ont consacré en même temps le droit du patron de ne pas souffrir de ce refus, *à la condition de prouver que la non-guérison n'est pas la conséquence de l'accident, mais imputable au refus de l'opération nécessaire*. Ce complément de la décision nous paraît très équitable et indispensable, et encore à condition qu'il s'agisse d'opérations incapables d'entraîner la mort dans les conditions ordinaires.

M. Baudry termine son intéressant travail par un essai de prophylaxie de la simulation, et il divise ses moyens en trois : moyens médicaux, moyens juridiques, moyens économiques.

C'est là, on devait s'y attendre, la partie la moins précise de son mémoire, et la faute n'en est pas à son auteur, mais à la force même des choses.

Les progrès de l'art du médecin à savoir déjouer la simulation feront certainement diminuer le nombre des simulateurs, mais il est à croire que la crainte d'une sanction pénale n'aura que peu d'action dans l'état actuel de nos mœurs. Il convient toutefois de se souvenir qu'en France les quelques décisions judiciaires recueillies jusqu'ici assimilent la simulation à la tentative d'escroquerie et la frappent en conséquence.

Dans le domaine économique, les moyens d'enrayer la simulation chez les accidentés du travail sont encore plus incertains et très vagues. M. Baudry préconise d'excellentes mesures générales telles que l'extension de saines mesures d'hygiène dans les ateliers, la lutte contre l'alcoolisme principalement; nous ne pouvons qu'y applaudir en adressant à M. Baudry toutes nos félicitations pour son travail si bien fait et si documenté.

M. le PRÉSIDENT remercie M. Valude de sa communication qui sera publiée au prochain *Bulletin*.

M. le Dr DUPRÉ demande à faire une observation : Je suis commis — dit-il — pour examiner, avec plusieurs confrères, dont un oculiste, un individu qui nous paraît simuler la cécité. Nous estimons que, pour trancher définitivement la question, il serait utile que cet homme entrât pendant quelque temps dans une clinique ophtalmologique. Il s'y refuse. Il est regrettable, au point de vue de l'établissement de la vérité, qu'on ne puisse, en pareil cas, imposer cette observation.

M. le Dr GRANJUX. — M. Valude demande si l'expert peut utiliser les feuilles d'hôpital pour établir son opinion. Sans vouloir aborder le point de vue légal, je ferai remarquer que l'administration s'opposera, sans doute, à pareil emploi, car M. Ranson, dans son rapport au Conseil municipal sur l'Assistance publique, vient d'insister sur les précautions prises à l'hôpital pour sauvegarder le secret professionnel.

M. le Dr THIBIERGE. — J'estime que l'expert qui se servirait de renseignements pris dans son service ou dans ceux de ses collègues violerait le secret professionnel.

M. le Dr BRIAND. — En pareil cas, il y a, d'une part, le médecin qui ne doit pas renseigner l'expert, et, d'autre part, l'expert qui doit utiliser tous les moyens d'investigation pour se renseigner. Si par hasard il obtient des renseignements du médecin il doit en profiter. Nous allons bien consulter les dossiers de la Préfecture de police.

M. le Dr VALUDE. — Si, au cours d'une expertise, je me souvenais que j'ai déjà soigné la personne en question, que devrais-je faire ?

M. le Dr SOCQUET. — Vous récuser.

M. Charles CONSTANT. — Se récuser au cours d'une expertise peut être préjudiciable à l'examiné.

M. le Dr VALLON. — Je suis très troublé parce que je viens d'entendre. Il m'arrive constamment d'examiner d'anciens aliénés et je n'ai jamais cru mal faire en demandant et en utilisant les certificats médicaux les concernant.

M. le Dr SOCQUET. — Je crois que l'on doit agir vis-à-vis des malades des hôpitaux comme à l'égard de ceux de la clientèle. Mais quand nous, experts, avons connaissance

d'un dossier médical, ce n'est pas par nous que le secret professionnel est violé. Au cours d'une expertise j'ai cru me souvenir d'avoir déjà examiné l'individu en question. J'ai cherché dans mes dossiers et ai retrouvé mon rapport. Je le lui ai fait voir et lui ai montré sa supercherie.

M. le Dr VALLON. — Je suis chargé de faire un rapport médico-légal sur une personne qui a été jadis dans mon service. Est-ce que, en disant le fait, je viole le secret médical ?

M. ROCHER. — Le libellé employé par le juge pour commettre l'expert ne peut, quel qu'il soit, dégager celui-ci du secret professionnel. C'est à bon droit que les chefs de service, dans les hôpitaux, répondent aux diverses demandes de renseignements qu'ils n'y feront droit que si l'inculpé y consent.

A la suite de cette discussion, la Société décide que le rapport de M. Valude, en ce qui concerne la question du secret professionnel, sera renvoyé à la Commission du secret médical.

* * *

LE SECRET MÉDICAL ET LA TUBERCULOSE DES DOMESTIQUES

M. le Président donne ensuite la parole à M. le Dr ZUBER pour une communication sur le *secret médical et la tuberculose des domestiques*. — M. le Dr ZUBER s'exprime en ces termes :

Messieurs,

Au récent Congrès international de la tuberculose, la section de préservation et d'assistance de l'enfant, présidée par le Dr Grancher, s'est occupée de la tuberculose des domestiques et des dangers qu'elle présente pour le jeune enfant au sein de la famille. De nombreux faits cliniques de contamination familiale par une gouvernante, une nourrice sèche, une domestique, en particulier les faits cités par M. Comby, M. Mayer, établissent la réalité de ce danger.

Cette question soulève un problème délicat de déontologie et de médecine légale, devant lequel le praticien est le plus souvent très embarrassé.

En effet, lorsque le médecin, chargé par une famille de se prononcer sur le cas d'une personne étrangère à son service, la reconnaît atteinte de tuberculose et dangereuse pour les jeunes enfants confiés à ses soins, l'intérêt de l'enfant exige l'éloignement immédiat de la personne malade ; mais comment le médecin peut-il concilier cette exigence avec celles du secret médical, et quelle doit être sa conduite vis-à-vis de la malade et vis-à-vis de la famille.

Nous croyons intéressant de soumettre la question à la Société de médecine légale, en exposant devant elle comment nous avons cru devoir agir dans les quelques cas qui se sont présentés à nous dans notre pratique.

Voici comment les choses se présentent habituellement. Dans une famille de notre clientèle, les parents sont pris de doute sur la santé de la personne chargée des soins à donner à leurs enfants, parce qu'elle tousse, se sent fatiguée, maigrit, etc. ; l'idée de la tuberculose et des dangers de contagion possible hante leur esprit et ils nous demandent de pratiquer l'examen de la malade et de leur en confier le résultat. Souvent ils demandent que ce résultat soit caché à l'intéressée, ainsi que le mode secret de l'examen médical.

Il nous semble que le premier devoir du médecin est de faire comprendre aux parents les exigences du secret professionnel qui s'opposent absolument à ce qu'il entre dans leurs vues et l'obligent à obtenir d'abord l'acquiescement de la malade. Il s'assurera ensuite que celle-ci sait pourquoi on lui demande un examen médical, et lui exposera les conséquences possibles pour elle et le droit qu'elle a de se refuser à ce que ses maîtres soient mis au courant de sa maladie. Il obtiendra d'elle la libération du secret en lui démontrant que son seul refus serait interprété défavorablement, et ce n'est que sûr de son assentiment qu'il procèdera à l'examen.

Si cet examen qui, autant que possible, sera complété par la recherche des bacilles dans l'expectoration, révèle l'existence d'une tuberculose ouverte ou même d'une tuberculose fermée en évolution, l'éloignement de la malade s'impose immédiatement. Il faut alors lui faire comprendre la nature de sa maladie et le danger que sa présence crée pour les enfants; on le fera avec ménagements car le médecin ne peut oublier le côté humanitaire de sa mission. On lui démontrera la nécessité de cesser son travail pour se soigner et l'on s'efforce d'obtenir de ses maîtres qu'ils l'aident matériellement à se soigner dans sa famille, à entrer dans un sanatorium ou à se placer à la campagne.

Les quelques cas de notre pratique personnelle où nous avons eu à intervenir nous ont montré qu'il était le plus souvent possible, en agissant ainsi, de ménager les intérêts de la domestique congédiée en même temps que ceux des enfants menacés. Nous avons toujours obtenu l'assistance des maîtres, plus ou moins généreux.

Dans quatre de nos cas, nous nous sommes trouvé en présence de tuberculoses ouvertes, deux fois avec expectoration bacillifère vérifiée. Le danger était réel pour les enfants confiés à ces malades; dans une de nos observations, un enfant de quatre ans, convalescent d'une entérite glaireuse grave, était confié à une jeune domestique atteinte de tuberculose pleuro-pulmonaire avec craquements au sommet, sans que nous ayons trouvé de bacilles dans les crachats; quelques mois après le renvoi de la malade, cet enfant présentait une coxalgie, et nous hésitons à ne voir là qu'une coïncidence.

Ces malades étaient sérieusement atteintes et à la limite de leur capacité de travail, car, pour d'eux d'entre elles, nous avons su qu'elles avaient succombé dans les deux années qui ont suivi notre examen. Enfin une de ces phthisiques nous avoua que, au moment où elle avait été engagée, elle sortait depuis peu de l'hôpital Laënnec, où on lui avait recommandé de ne plus se placer auprès de jeunes enfants. Elle n'avait tenu aucun compte de cette recommandation et il en sera le plus souvent ainsi, ce

qui justifie la méfiance des mères de famille au sujet de la santé de leurs domestiques.

Lorsqu'il s'agit non plus de tuberculose ouverte ou de tuberculose fermée en évolution, mais de ces tuberculoses latentes ganglio-pulmonaires datant de l'enfance ou de tuberculoses anciennes guéries avec sclérose pulmonaire, de pleurésies sèches, peut-être pourra-t-on être moins sévère et ne pas exiger l'éloignement immédiat. En pareil cas, il s'agit souvent de lésions révélées par un examen thoracique pratiqué à l'occasion d'une autre affection, d'une maladie aiguë par exemple ; la malade ne tousse pas et l'attention de ses maîtres n'a pas été éveillée au sujet de la tuberculose. Le danger n'est pas immédiatement menaçant et l'éloignement de la malade, quoique désirable, ne s'impose pas.

On pourra, sans prononcer le mot redouté de tuberculose, faire donner à la malade les soins qui empêcheront sa lésion d'évoluer, et organiser une surveillance médicale qui permettrait de l'éloigner à la première menace d'expectoration dangereuse.

En présence de ces faits qui montrent les difficultés que peut créer, dans une famille, la découverte d'un cas de tuberculose chez une domestique, et la situation délicate dans laquelle se trouve le médecin, nous pensons qu'il est une mesure qui pourrait utilement se généraliser. Il serait, en effet, à souhaiter *qu'avant* d'engager une personne pour lui confier ses enfants, toute mère de famille exigeât et obtint d'elle un examen médical de l'appareil respiratoire pratiqué par le médecin de la famille. Celui-ci n'aurait qu'à donner ou à refuser son approbation au choix fait, sans commentaires et sans indiquer son diagnostic. Il pourrait éliminer ainsi toute personne même suspecte de tuberculose. Au point de vue du secret médical, la situation nous semble, dans ce cas, absolument comparable à celle où se trouve le médecin d'assurances. Nous avons jusqu'ici conseillé cette manière de procéder chaque fois qu'il nous a été possible.

Sur une dizaine d'examens faits dans ces conditions,

deux fois nous avons été obligé de nous opposer à l'engagement de la personne examinée. Le plus souvent, la demande faite par la mère de famille à la domestique sur le point d'entrer à son service, de se soumettre à cet examen préalable, a été acceptée facilement. Mais dans un certain nombre de cas, on rencontre un refus formel de satisfaire à ce qui est considéré comme une exigence excessive. Nous croyons que ces refus deviendraient rares si la mesure que nous proposons se généralisait et entraînait dans les mœurs.

En résumé, quelques cas embarrassants de notre pratique nous ont amené à vous poser les trois questions suivantes :

1° Le médecin qui examine une domestique à la demande de ses maîtres, mais après lui avoir fait connaître le but de cet examen, les conséquences qu'il peut avoir pour elle et le droit qu'elle a de se refuser à la révélation du résultat, peut-il, autorisé par elle, indiquer à ses maîtres la tuberculose dont elle est atteinte, sans violer l'article 378 du code pénal ?

2° Le médecin qui, appelé par une famille pour donner ses soins à une domestique malade, la reconnaît atteinte de tuberculose, peut-il, avec son autorisation, signaler le danger qu'elle constitue pour les enfants ?

3° L'examen médical préalable d'une domestique avant son engagement n'est-il pas le moyen le plus conforme aux obligations du secret médical de prévenir l'introduction d'une personne étrangère tuberculeuse dans la famille ?

M. le Président remercie M. le Dr Zuber de son intéressante communication, qui sera publiée dans le prochain *Bulletin*, et la Société décide qu'elle sera renvoyée à la commission du secret médical qui vient d'être constituée.

Rien n'étant plus à l'ordre du jour, la séance est levée à 5 heures 1/2.

Le Secrétaire,

Dr GRANJUX.

Séance du 11 décembre 1905.

Présidence de M. le D^r MOTET.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté sans observations.

M. le SECRÉTAIRE GÉNÉRAL indique qu'il a reçu, à la date du 22 novembre, une lettre de M. le D^r Levassort posant sa candidature au siège de membre titulaire laissé vacant par suite du décès de M. le D^r P. Garnier, et fait remarquer que cette demande ne pourra qu'être mentionnée comme tardive à la suite du rapport sur les candidatures, le délai expirant le 13 novembre et la commission s'étant réunie le 20.

M. le SECRÉTAIRE GÉNÉRAL fait part que MM. Dayras et Lefort n'ayant pu se charger des rapports qui leur avaient été confiés, MM. Decori et G. Rocher veulent bien les remplacer. (*Approbation.*)

Renouvellement des membres du Bureau et des diverses Commissions.

M. le SECRÉTAIRE GÉNÉRAL indique que, conformément aux statuts, il y a lieu de procéder, cette année, à l'élection d'un président, de deux vice-présidents, de deux secrétaires des séances et de l'archiviste.

Il fait part d'une lettre qu'il a reçue de M. Lefort qui, archiviste depuis 1886 et « très flatté du témoignage d'estime qui lui a été ainsi donné », prie ses collègues, pour des raisons personnelles, de vouloir bien ne pas lui conserver ce mandat.

M. le SECRÉTAIRE GÉNÉRAL ajoute qu'il croit être l'interprète des membres du Bureau et de la Société, en disant combien il regrette que les statuts ne permettent pas que le président sortant soit rééligible et exprime à M. le Président Motet les sentiments de reconnaissance de la Société pour le dévouement et la distinction avec lesquels il a dirigé ses travaux, pendant seize ans, comme secrétaire général et dans les deux années de sa présidence. (*Vifs applaudissements.*)

M. le PRÉSIDENT remercie ses collègues des marques de sympathie qui viennent de lui être donnés; il ajoute que sa tâche lui a toujours été rendue facile par le zèle des membres de la Société et que ses deux années de présidence resteront toujours comme un des meilleurs souvenirs de sa carrière.

Il est ensuite successivement procédé aux divers scrutins qui donnent les résultats suivants :

Présidence : 20 votants : M. Laugier, 20 voix, est élu à l'unanimité.

Vice-présidence : Premier tour : 21 votants : 1 bulletin blanc et 1 bulletin nul : M. Ogier, 18 voix ; — Deuxième tour de scrutin : 21 votants : M. Jacomy, 15 ; M. Leredu, 6.

MM. Ogier et Jacomy sont proclamés élus.

Archiviste : 18 votants ; M. Floquet, 18 voix, est élu à l'unanimité.

Secrétaire des séances : MM. Briand et Granjux sont réélus par acclamation.

En conséquence, le Bureau de la Société pour l'année 1906 sera aussi composé :

Président : M. le Dr Laugier ; — Vice-présidents : M. le conseiller Jacomy et M. le Dr Ogier ; — Secrétaire général : M. Charles Constant ; — Secrétaires des séances : MM. les docteurs Briand et Granjux ; — Trésorier : M. le Dr Socquet ; — Archiviste-Bibliothécaire : M. le Dr Floquet.

Par suite des votes qui ont été ensuite émis par mains levées, les diverses commissions seront ainsi composées.

Commission permanente : MM. Bordier, Ségla, Yvon, Thoinot, Descoust, Rocher, P. Brouardel, Dubost et Maygrier.

Conseil de famille : MM. P. Brouardel, Benoit, Christian, Demange, Danet.

Comité de publication du Bulletin : Briand, Granjux, Socquet, Floquet et Leredu.

ENSEIGNEMENT DE LA MÉDECINE LÉGALE DANS LES FACULTÉS DE DROIT

M. le Secrétaire général rappelle que, dans sa séance du 19 juin 1905, à propos d'une communication qui lui avait été faite par M. H. Prudhomme, juge au tribunal civil de Lille (plus haut, pp. 138 à 143), la Société a nommé une commission (plus haut, p. 144) chargée d'établir un programme de l'enseignement médico-légal dans les facultés de droit. Nous avons appris, depuis cette séance (dit-il) que la faculté de droit de Paris avait organisé de nouveaux cours et des conférences théoriques et pratiques, pour l'ensemble des études pénales et que deux de nos collègues, MM. Dupré et Thoinot, avaient

été chargés de ces cours en ce qui concerne la médecine légale, ainsi que MM. Jacquelier et Vurpas. Ceux-ci feront, en novembre, décembre et janvier prochains, à l'asile Sainte-Anne, trois cours élémentaires de psychiatrie ; en février, M. Dupré fera deux cours théoriques de psychiatrie médico-légale, et M. Thoinot est chargé, pour le deuxième semestre de 1906, d'un cours et de conférences de médecine légale. Dans ces conditions, nous vous proposons d'adjoindre MM. Dupré et Thoinot à la commission déjà nommée. (*Adopté.*)

Rapport sur les candidatures de membres titulaires et correspondants.

M. ANTHEAUME lit, au nom de la commission des candidatures, son rapport sur les diverses candidatures aux sièges déclarés vacants de membres titulaires et de membres correspondants (1).

D'après les conclusions de ce rapport, les candidats sont classés dans l'ordre suivant :

Membres titulaires : Pour le siège laissé vacant par suite du décès de M. le Dr Garnier : MM. BLIN et BALTHAZARD (*ex-æquo*), M. Yor (de Versailles).

Pour le siège laissé vacant par suite de l'honorariat accordé à M. Guillot : M. ALBANEL.

Membres correspondants : MM. H. Prudhomme (Lille), René Decante (Pontoise), Dr E. Forgue (Montpellier) et Dr P.-L. Jeanbrau (Montpellier).

Les élections auront lieu dans la séance du 8 janvier 1906.

RESPONSABILITÉ DES MÉDECINS
DANS L'EMPLOI DES ANESTHÉSQUES.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL porte à la connaissance de la Société un jugement rendu, le 7 juin 1905, par le Tribunal de Château-Thierry dont les motifs, reproduits dans un grand nombre de journaux judiciaires ou spéciaux, lui paraissent d'une gravité exceptionnelle. Il s'exprime en ces termes :

Assigné en 50.000 fr. de dommages-intérêts pour avoir

(1) Voir plus haut, p. 166, la liste des candidatures produites à la date du 13 novembre dernier. — Les rapports sur les candidatures ne sont pas publiés au Bulletin, à moins d'un vote spécial de la société, lequel n'a pas été émis dans l'espèce.

commis une faute, une imprudence ou une négligence pouvant engager sa responsabilité par suite du décès d'un sieur P..., survenu au cours d'une anesthésie par le chloroforme, le Dr B... a été condamné à payé 8.000 fr. à la famille de P... Voici les principaux passages du jugement (1) :

« Attendu que, du très remarquable et scientifique rapport du Dr S., il ressort que B.. a pris de suffisantes précautions dans l'administration du chloroforme qu'il a faite à P... et que le décès de celui-ci, survenu au début de l'absorption de cet anesthésique, ne saurait engager sa responsabilité ; qu'à cet égard, il convient d'entériner purement et simplement ce rapport et d'en adopter les conclusions ;

« Mais attendu qu'on lit aussi dans ce rapport que le danger du chloroforme réside surtout dans les syncopes, très souvent irrémédiables, qu'il occasionne au début de son administration et que celle-ci est d'autant plus dangereuse que le patient est plus ou moins alcoolique ; qu'il en résulte que ce n'est qu'avec la plus grande circonspection et dans les cas d'urgence extrême ou de nécessité absolue, surtout quand il s'agit d'une personne parfois intempérante, en un mot, quand la vie du malade se trouverait compromise, si telle ou telle opération demandant l'anesthésie n'était pas pratiquée, que le médecin, dans cette alternative, doit, de son propre mouvement, de sa propre autorité, ne consultant que sa science et sa conscience, procéder à l'anesthésie du malade ;

« Que, s'il s'agit simplement d'affections, de lésions gênantes ou douloureuses, chroniques ou non, voire même de la privation partielle ou totale de l'usage d'un ou plusieurs membres, mais ne mettant pas en péril la vie du malade, le premier devoir du médecin, à peine de com-

(1) Sur l'emploi des anesthésiques et de la radiographie, se reporter (plus haut, p. 113) au rapport de M. le Dr Chassevant et à ses conclusions, adoptées par la Société de médecine légale.

mettre une faute lourde et d'engager gravement sa responsabilité, est de prévenir le patient, non seulement de tous les dangers médiats et immédiats pour sa vie que peut lui faire courir l'administration du chloroforme, mais aussi qu'il peut parfaitement vivre, et même longtemps, dans l'état où il se trouve ;

« Que ce n'est donc, en de pareilles conditions, *qu'avec l'autorisation du malade bien renseigné ou de sa famille*, si celui-ci est momentanément hors d'état de se prononcer, *que le praticien peut user librement de ce dangereux anesthésique*, à quelque point de vue que ce soit ; qu'on ne saurait admettre, en effet, par exemple, qu'afin de redresser un bossu ou un bancal pleins de santé, un médecin, sans les avoir prévenus des graves conséquences possibles d'une anesthésie, les chloroformât sans leur assentiment donné en connaissance de cause ;

« Attendu que la vie humaine est trop précieuse pour ne pas être respectée et ménagée, même avec les meilleures intentions ;

• En fait :

« Attendu qu'il résulte du rapport que le médecin B..., ainsi qu'il l'a déclaré à l'expert, connaissait parfaitement l'extrême prédisposition de P... à la syncope et ses tendances à l'alcoolisme ; qu'il s'agissait, dans l'espèce, d'une simple luxation, supposée mal réduite, de l'épaule ; que la plus grave conséquence qui pouvait résulter pour P... de cette situation, en la tenant pour exacte, c'était l'impotence partielle ou totale de cette épaule et du bras ; que si pendant toute le reste de son existence, P... était susceptible de se trouver considérablement gêné par cet état, sa vie n'aurait jamais été mise en péril ; qu'avant de pratiquer la dangereuse anesthésie de P... par le chloroforme, surtout pour procéder à un simple examen, B... a négligé de le prévenir des chances de mort qu'il pouvait courir ; qu'il le devait d'autant plus qu'il savait P...

teinté d'alcoolisme et que les syncopes fatales étaient par conséquent plus à redouter ;

« Attendu qu'en administrant le chloroforme à P... sans avoir obtenu de lui un acquiescement donné en pleine connaissance d'un dénouement fatal possible, alors que l'existence de l'intéressé n'était pas menacée par le *statu quo*, B... a commis une faute lourde engageant complètement sa responsabilité ; etc. »

M. DUPRÉ trouve les « attendus » de ce jugement extrêmement graves, parce qu'ils peuvent créer un fâcheux précédent pour les opérés. S'il est, en effet, un moyen d'augmenter les chances de mort d'un malade qu'on va endormir, c'est bien de lui dire qu'il va courir un danger, en respirant le chloroforme. Dans son intérêt propre, c'est exactement le contraire qu'il convient de faire. Aussi tous les chirurgiens ont-ils pour habitude de rassurer complètement leurs opérés au sujet du danger qu'ils peuvent courir. Le choc moral est loin d'être une cause négligeable de décès dans le sommeil chloroformique.

J'ajoute, contrairement à l'opinion du tribunal, que la luxation de l'épaule est une grave et douloureuse infirmité justifiant l'intervention chirurgicale. Ce n'est pas seulement mon opinion que je viens de développer, c'est aussi celle de M. Lucas-Championnière, qui considère aussi la luxation de l'épaule comme une très grave infirmité, laissant une impotence fonctionnelle et justifiant toute intervention chirurgicale.

M. VALLON. — Tout ce qu'à la rigueur on pourrait reprocher au médecin, sans cependant qu'il en ait eu l'obligation stricte, c'est de ne pas avoir prévenu la famille que le chloroforme fait parfois des victimes. Mais, à aucun prix, il ne devait effrayer le blessé.

M. CHASSEVANT trouve aussi les considérants du jugement extrêmement graves à divers points de vue, qu'il se réserve de développer ultérieurement, quand le jugement sera définitif. Il voudrait qu'une commission fût chargée d'étudier ce cas spécial qui peut se reproduire maintes fois.

M. DEMANGE demande pourquoi la Société réserverait son opinion jusqu'au jour où elle deviendrait inutile. La Cour

d'Amiens, si l'affaire vient en appel, serait peut-être heureuse d'avoir l'opinion de notre Société sur un point aussi important. Nous sommes d'autant plus à l'aise pour nous prononcer sur cette question que notre avis n'est sollicité par aucune des parties en causes. La publicité judiciaire seule nous a apporté ce jugement ; il nous paraît important en raison du principe qu'il établit ; nous sommes donc autorisés à le discuter, dans l'intérêt même de la vérité, de la justice et de l'équité.

LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL. — La Société a d'ailleurs eu déjà l'occasion de donner des avis, sollicités par les parties, même avant que le jugement n'ait été rendu.

LE PRÉSIDENT. — Si la Société m'y autorise, nous renverrons le jugement à l'examen de la commission qui a déjà été chargée d'étudier la question de l'emploi des anesthésiques dans des expertises. (*Adopté.*)

Cette Commission sera ainsi composée : MM. Dubost, Demange, Motet, Chassevant, Dupré, Thibierge, Picqué et Granjux.

La séance est levée à 6 heures.

Le Secrétaire,
Marcel BRIAND.

PLAIE DE L'ANUS PAR ARME A FEU

PAR

MM. BARABAN, et Pierre PARISOT,
professeurs à la Faculté de médecine de Nancy.

En certains cas de mort violente, il est parfois très difficile, pour le médecin expert, de dire si on se trouve en présence d'un crime ou d'un suicide ; l'observation que nous publions en est un exemple.

Le jeune X..., âgé de 23 ans, habitait, avec son père et un compagnon de travail de ce dernier, une mauvaise habitation aux environs de Nancy. X... n'avait pas de tra-

vail régulier; il vivait de quelques sous gagnés en faisant des commissions ou en servant par intermittence les ouvriers maçons. Simple d'esprit mais non aliéné, il passait quelquefois les journées à chanter et à claquer du fouet; il était d'humeur gaie et ne cherchait querelle à personne; aussi ne lui connaissait-on pas d'ennemis. L'enquête de police n'a pu établir qu'il se livrât à la pédérastie.

Indisposé depuis quelques jours, il était resté le 17 novembre à la maison tandis que son père et son compagnon étaient partis dès le matin à leur travail. En rentrant à cinq heures du soir, ces deux hommes trouvèrent la porte de la cabane entr'ouverte: la chemise de X..., non maculée de sang, était jetée sur le sol près de la porte, et enfin le cadavre de X... nu, froid, rigide, étendu sur le ventre, reposait sur l'unique grabat de cette misérable habitation.

Le lit, une caisse recouverte d'un sac et une chaise étaient tachés de sang. Enfin un revolver qui appartenait au père était déposé au cran d'arrêt sur une table distante de 1 mètre 50 du lit; deux cartouches avaient été percutées sans résultat, une troisième avait fait feu. Quelques taches de sang se reconnaissaient sur le sol de la chambre fait de terre battue.

A cinq heures et demie du matin, X..., avait pris comme de coutume du pain et du saucisson. L'enquête n'a pas établi nettement s'il était sorti dans la matinée ou s'il avait reçu quelqu'un; aucun renseignement précis n'a été fourni sur les circonstances qui ont entouré cette mort mystérieuse.

Nous avons été commis le 18 novembre 1903, par ordonnance de M. le Juge d'instruction, pour pratiquer l'autopsie de X... dont la levée du corps avait été faite par le docteur J. Sterne.

Voici tous les détails de cette opération pratiquée les 18 et 19 novembre; nous y ajouterons les résultats de notre examen du revolver et du projectile.

1° *Examen extérieur du cadavre.*—La rigidité est complète. Pas de putréfaction. Sur la peau de la partie antérieure de la poitrine, nous remarquons deux empreintes parcheminées qui paraissent dues à la pression exercée par les mains du cadavre, car elles correspondent exactement à celles-ci, qui étaient placées au-devant de la poitrine et maintenues dans cette position par la rigidité cadavérique.

Au pourtour de l'anus se trouve une plaie à bords noirâtres et irréguliers, grande environ comme une pièce de un franc, située à droite de l'anus et empiétant par sa circonférence sur la circonférence même de ce dernier, de façon à ne former avec lui qu'une seule et même ouverture. Dans le reste de la circonférence de l'anus, la muqueuse est éraillée longitudinalement comme si l'anus avait été surdistendu.

Il y a du sang desséché sur les fesses, le scrotum, la verge, la partie antérieure et interne des cuisses et sur les mains. Après lavage de ce sang, on remarque sur chacune des fesses, environ à 5 centimètres de l'anus, une surface parcheminée sur laquelle on aperçoit des grains de poudre incrustés dans la peau. Les bords de cette surface, surtout à droite, sont teintés de gris noirâtre dû à la combustion de la poudre. Ces surfaces parcheminées sont placées presque symétriquement, l'une par rapport à l'autre, sur le prolongement du diamètre transversal de l'anus.

2° *Examen des organes lésés par le projectile.* — La plaie anale constitue l'orifice d'entrée d'une balle dont on suit le trajet dans les cavités abdominale et thoracique jusqu'au niveau de la septième côte gauche. Dans sa course, le projectile a successivement labouré le rectum sur une hauteur de 3 à 4 centimètres, traversé la vessie en deux points, éraillé l'artère iliaque primitive gauche, produit douze perforations sur l'intestin grêle, creusé à

la base d'insertion du mésentère un tunnel de 4 centimètres, perforé le côlon transverse, le diaphragme, la languette inférieure du poumon gauche, et enfin il s'est arrêté sur la septième côte gauche en y déterminant une fracture incomplète un peu en avant de la ligne verticale axillaire.

En traversant ces différents organes, la balle a provoqué : une hémorrhagie abondante, l'issue des gaz de l'intestin dans le péritoine, de l'air du poumon dans la plèvre, et probablement aussi l'épanchement d'une certaine quantité d'urine, car la double perforation de la vessie indique que cet organe devait, avant d'être blessé, contenir du liquide. Nous avons recueilli 200 grammes de sang dans la plèvre, 1600 grammes du mélange sang et urine dans le péritoine. L'hémorrhagie a donc été considérable puisqu'à ces chiffres il faut encore ajouter la quantité de sang épanché au dehors par la plaie anale.

3^e Examen des autres organes. — L'estomac renfermait une bouillie alimentaire gris jaunâtre où nous avons reconnu du pain et quelques petits fragments de viande ; il n'y avait pas d'odeur alcoolique.

Les poumons étaient congestionnés, principalement le poumon droit qui était adhérent de toutes parts à la paroi thoracique. Le poumon gauche était rétracté modérément par le pneumothorax joint à l'épanchement sanguin causé par les blessures précitées. Les bronches contenaient, surtout à droite, un liquide muqueux et aéré ; le larynx était normal.

Le cœur était vide de sang. L'artère iliaque blessée présentait au niveau de la blessure un caillot granuleux pariétal, de coloration lie de vin, caractères indiquant sa production pendant la vie.

Dans les reins, il y avait des signes d'inflammation chronique légère. Les méninges, congestionnées dans l'ensemble, mais modérément, présentaient des taches

de congestion plus vive, de dimensions restreintes, au-dessous desquelles la substance cérébrale était, elle aussi, congestionnée, sans qu'on puisse cependant y relever traces de ruptures vasculaires.

Enfin il n'y a rien à remarquer dans la bouche, sinon une dentition irrégulière, caractère fréquemment observé chez les dégénérés.

4° Examen microscopique du contenu rectal. — Le rectum contenait, au niveau des dégâts causés par le projectile, une bouillie d'un rouge noirâtre où le microscope a révélé l'existence de sang, de matières purulentes noirâtres et de fragment de tissus empruntés aux surfaces de la plaie, mais pas de spermatozoïdes. Pareil résultat négatif a été obtenu en examinant les matières contenues dans le rectum au-dessus de la blessure.

5° Examen du projectile et du revolver. — Le projectile trouvé dans le corps de X... pesait 8 grammes ; il s'était légèrement déformé et présentait notamment, près de son extrémité antérieure, une légère encoche faite par la septième côte.

Cette balle nous a paru correspondre, par son calibre, au revolver qui nous avait été confié ; mais comme ce revolver présentait de la rouille et des poussières sur une partie de la circonférence de l'intérieur du canon ; comme d'autre part nous ne savions préciser à quels caractères on reconnaît qu'une arme à feu a servi récemment, nous avons demandé à M. le juge d'instruction de faire examiner l'arme par un armurier-expert, auquel nous avons remis l'arme incriminée et le projectile. Toutefois nous avons recherché attentivement si cette arme présentait des taches de sang, de matières fécales ou de mucosités en un point quelconque ; sous ce rapport, notre examen a été négatif.

D'autre part, en tenant compte de la longueur du ca-

non, qui est de 53 millimètres, nous avons pensé que les traces de poudre trouvées sur les fesses, environ à 5 centimètres de la plaie anale, s'expliquaient par l'issue de grains de poudre à la jonction du canon et du barillet. Nous avons d'ailleurs constaté, avec l'armurier expert, qu'en enveloppant le revolver de papier à ce niveau, avant de tirer, il s'échappe en réalité des grains de poudre à cette jonction.

Tel est l'exposé de nos constatations ; il nous reste maintenant à préciser les questions auxquelles nous avons à répondre, à discuter les résultats fournis par l'autopsie et à indiquer nos conclusions.

Questions posées. — X... est-il pédéraste passif et n'a-t-il pas avant sa mort été souillé ?

Est-il possible que X..., qui ne semblait pas jouir de toutes ses facultés mentales, se soit, en se servant d'un vieux revolver, suicidé en se tirant un coup de cette arme à l'anus et alors qu'il était assis sur une chaise près de son lit, sur lequel il se serait couché ensuite pour mourir ?

Y a-t-il lieu, au contraire, de présumer que la mort de X... est le résultat d'un crime ?

La blessure de X... a-t-elle été faite par le revolver confié aux experts ?

A quelle heure approximativement X... a-t-il succombé ?

Discussion et interprétation des principaux faits. — De nos constatations, il résulte que X... a succombé rapidement aux suites de la blessure causée par la balle. La mort n'a pas été immédiate, puisque nous avons trouvé dans l'artère iliaque primitive gauche un caillot formé pendant la vie. Cela permet d'admettre qu'après sa blessure X... a pu se déplacer, aller s'asseoir sur la caisse, sur la chaise, et enfin se coucher sur son lit dans une po-

sition qu'expliqueraient des souffrances abdominales.

La blessure a été faite à bout portant, ce dont témoignent les caractères de l'orifice d'entrée, la surdistension de l'an us par les gaz échappés de l'arme et les traces de poudre trouvées sur les fesses qui devaient être rapprochées du barillet et peut-être serrées contre lui.

S'agit-il d'un assassinat, d'un suicide ou d'un accident ?

a) Dans l'hypothèse de l'assassinat, le trajet de la balle et l'ensemble des lésions s'expliquent facilement : le meurtrier aurait appuyé sur la marge de l'an us le canon du revolver, en tenant cette arme de la façon habituelle (crosse dans la paume de la main, index sur la gâchette).

b) Dans l'hypothèse d'un suicide, le trajet de la balle indique que X... n'a pas pu se tuer en tenant le revolver de la façon habituelle. Nous avons, en effet, recherché les différentes manières dont il eût fallu se servir de l'arme pour obtenir sur soi-même les lésions constatées sur le cadavre et nous avons reconnu que pour cela il était nécessaire de tenir le revolver en position renversée, c'est-à-dire le pouce sur la gâchette au lieu de l'index : c'est là un dispositif tout à fait anormal. Nous ferons remarquer que, d'après l'enquête, l'arme ne se trouvait ni dans la main de X..., ni sur le sol dans son voisinage, mais avait été déposée sur la table et, circonstance particulière, trouvée au cran d'arrêt, ce qui rend moins vraisemblable encore l'idée d'un suicide, surtout si l'on songe à la douleur qui aurait dû empêcher le blessé de penser à cette précaution.

Nous ajouterons aussi que les mains ne présentaient aucune incrustation de grains de poudre, dont la présence serait, dans l'espèce, un indice de suicide.

Enfin, si l'on consulte la statistique de M. Vibert, sur 358 cas de suicide par arme à feu, on voit que 287 fois la blessure siégeait à la tête, 68 fois à la poitrine, 3 fois à l'abdomen, pas une seule fois à la région anale.

c) L'enquête représente X... comme un faible d'esprit

passant son temps à chanter et à claquer du fouet, et non pas comme un aliéné mélancolique hanté par l'idée du suicide. On pourrait dès lors supposer un accident survenu au cours de l'introduction du revolver dans l'anus dans un but de jouissances spéciales, comme l'idée pourrait en venir à un imbécile dépravé. Cette hypothèse tombe devant ce fait que le revolver a été appliqué autour de l'anus sans avoir été introduit intérieurement, puisque le canon ne présentait pas de souillures par matières provenant du rectum (mucosités ou matières fécales).

A cette occasion, faisons remarquer que, si deux cartouches ont été percutées sans résultat avant qu'une troisième fasse feu, cela ne cadre pas avec l'idée d'un accident.

Conclusions. — 1° La mort est due à un coup de feu, tiré à bout portant sur la partie droite de la marge de l'anus, par un revolver tel que celui qui nous a été remis, la balle ayant produit une hémorragie abondante dans les cavités péritonéales et pleurale, des perforations de la vessie, du diaphragme et du poumon.

Il n'existe sur le cadavre de X... aucune autre trace de violence.

2° Il est impossible, surtout après les lésions faites à l'anus et à la région anale par le coup de feu, de dire si X... avait des habitudes de pédérastie passive. L'examen microscopique du contenu rectal n'a montré aucun spermatozoïde, ce qui n'implique pas que X... n'ait pas été souillé, attendu qu'il résulte du rapport du docteur J. Sterne qu'au moment de ses constatations à la maison de la victime, il sortait de la plaie anale du sang noirâtre et des matières fécales qui auraient pu entraîner le sperme déposé au préalable à l'entrée ou dans l'intérieur du rectum. D'autre part, les fesses ne présentaient aucune trace apparente de liquide spermatique.

3° Un suicide est très peu probable, très peu vraisemblable, mais est à la rigueur possible ; un accident paraît inadmissible ; un crime est plus probable.

4° D'après l'examen du contenu stomacal, la mort serait survenue cinq heures au plus après l'ingestion du dernier repas, et d'autre part la mort n'aurait pas suivi immédiatement l'ingestion de ce repas. Il est difficile de répondre avec plus de précision, car on ne connaît pas exactement le temps nécessaire pour la digestion de chaque aliment, et de plus nous ignorons si l'estomac de X..., qui venait d'être indisposé, fonctionnait normalement.

Les blessures à l'an us par arme à feu sont dans la pratique médico-légale assez rares pour que nous ayons cru intéressant de publier l'histoire de ce jeune homme, dont la mort restera, pour bien des esprits, entourée de mystère.

TABLE DES MATIÈRES

ANNÉE 1905. — 2^e SÉRIE. — TOME II.

Accidents du travail :

- La hernie et les accidents du travail ; rapport de M. le D^r GUILHEM (de Toulouse)..... 124
- Névrite traumatique de la queue de cheval ; rapport de M. le D^r A. LAURENT (de Rouen)..... 151
- Voir : *Jurisprudence médico-légale ; Expertise médico-légale.*

Aliénation mentale :

- De l'aliénation mentale dans l'armée, la marine et les troupes coloniales ; communication de M. le D^r GRANJUX et observations de plusieurs membres de la Société..... 158
- Voir : *Divorce.*

Aliénés :

- Intervention chirurgicale chez les aliénés ; rapport de M. le D^r PICQUÉ, au nom de la commission chargée de l'examen de cette question ; discussion du rapport et conclusions adoptées par la Société..... 4 et 100

Aliénés criminels :

- Le régime des aliénés criminels d'après la proposition de loi actuellement soumise au Parlement, par M. René DECANTE..... 69

Anévrisme de l'aorte. — Voir : *Traumatisme.*

Anesthésiques :

- De l'emploi des anesthésiques dans les expertises ; communication de M. le D^r Granjux et rapport de M. le D^r CHASSEVANT..... 40 et 113
- De la responsabilité des médecins dans l'emploi des anesthésiques ; communication d'un jugement du tribunal de Château-Thierry et observations critiques .. 183

Armes à feu :

- Plaie pénétrante du crâne par coup de feu ; meurtre ou accident ; communication de M. le D^r DIDIER (de Rouen) ; caractères des lésions et expériences sur les conditions de pénétration des projectiles..... 20
- Plaie de l'anus par armes à feu ; rapport médico-légal de MM. BARABAN et PARISOT (de Nancy)..... 187

Asphyxie :

- Oxyde de carbone ; discussion du rapport de M. le D^r CHASSEVANT sur une question de survie à la suite d'une double asphyxie par l'oxyde de carbone (affaire Tarbé des Sablons) ; conclusions adoptées..... 3 et 39
- Un cas d'asphyxie par submersion ; observation de MM. TRILLET et DUFOUR (de Marseille)..... 30

Bibliographie médico-légale :

— Etude médico-légale du sommeil par M. V. I. LECOUTE	3
— Les études médicales dans les pays anglo-saxons, par M. Fr. G. FRIEDEL.....	37
— Les spores des champignons, étude médico-légale de M. Jules OFFNER, préparateur de botanique à la Faculté des sciences de Grenoble ; conclusions de cette étude.	2
— De la mort subite chez les enfants syphilitiques, par M. Maurice GODRON.....	37
— Le patronage de l'enfance coupable ; étude médico-légale de M. le Dr L. V. MOURET.....	64
— Le secret professionnel envers les aliénés dans la pratique médicale courante ; étude de MM. R. DECANTE et V. PARANT.....	67
— Diagnostic différentiel des lésions de l'oreille moyenne et de l'oreille interne ; mémoire de M. le Dr MARAGE	67
— Intoxication par l'encre violette chez un jeune enfant ; observation de M. le Dr J. HALLÉ.....	68
— L'hygiène de Paris et les lois de 1902-1903 ; thèse de M. A. MICHON.....	68
— Le péril vénérien et la prophylaxie des maladies vénériennes ; thèse de M. E. MIGNOT.....	68
— La tuberculose et les mutualités de Paris ; thèse de M. R. COUSIN.....	68
— Etude clinique sur les adhérences pleurales, par le Dr J. LOUIS.....	96
— Un an de justice (1901-02) par M. VONOVEN (Henri-Varennnes).....	97
— La question du mariage dans la sténose mitrale (revision de la loi dite de Peter) ; thèse de M. Jean IZARD.....	97
— Accommodation aux lésions ; note de M. Marcel SIRCOULON.....	97
— La catastrophe du Métropolitain (11 août 1903) ; expertise de M. le Dr VIBERT.....	122
— Essai sur les origines de la médecine légale ; thèse de M. A. COUSIN.....	136
— Du fœticide ; thèse de M. L. LAMOUREUX.....	136
— Simulation et aggravation volontaires des blessures de l'œil à la suite d'accidents du travail ; étude de M. le Dr BAUDRY (de Lille).....	150
— Etude sur la pendaison, par M. N. S. MINOVICI (de Bucarest).....	165
— L'assimilation des maladies professionnelles aux accidents du travail ; note de MM. OLLIVE et LE MEIGNEN (de Nantes).....	165
— Notes et observations de médecine légale sur les blessures, par M. le Dr H. LEGLUDIC (d'Angers).....	166

Commissions diverses de la Société :

— Commission des candidatures : membres titulaires et correspondants ; rapports de MM. JACOMY, THOINOT et CHRISTIAN.....	2 et 38
— Commission des candidatures : membres titulaires et correspondants ; rapport de M. ANTHEAUME.....	167 et 183

- Commission chargée de l'étude de la question relative à l'emploi des anesthésiques et de la radiographie dans les expertises..... 50 et 187
- Commission chargée d'examiner la question relative à l'extension à la famille du failli du privilège du médecin sur les frais de dernière maladie..... 121
- Commission chargée d'établir un programme de l'enseignement de la médecine légale dans les facultés de droit 144
- Commission du secret médical..... 168
- Commission de la responsabilité des médecins dans l'emploi des anesthésiques 187

Congrès de médecine légale :

- Congrès international de médecine (Lisbonne, 1906) ; programme..... 2
- Congrès contre l'exercice illégal de la médecine (Paris, 1906)..... 121 et 165
- Congrès pénitentiaire (Budapest, 1905)..... 148
- Congrès des sociétés savantes (1906)..... 165
- Congrès sur les accidents du travail (Milan, 1906)..... 165
- Congrès des aliénés et neurologistes (Lille, 1906)..... 165

Cryoscopie du sang :

- Diagnostic de la submersion par l'étude cryoscopique du sang des noyés ; communication de M. le Dr STOR- NESCO (de Bucarest) avec tableaux à l'appui..... 54
- Etat du sang chez les noyés ; conclusions d'une étude de M. le Dr WACHHLOZ (de Cracovie)..... 133

Divorce :

- De l'aliénation mentale comme cause de divorce ; rapport de M. le conseiller JACOMY, au nom de la commission chargée de l'étude de cette question ; discussion ; avis de la commission des aliénistes ; conclusions admises par la Société ; proposition de loi Colin, 105, 144 et 166

Dommages intérêts (action en) :

- De l'action en dommages-intérêts intentée à un médecin-expert commis par un juge d'instruction, par un prévenu reconnu aliéné, puis interné, et prétendant avoir été arbitrairement séquestré ; communication de M. le Dr LEGRAS ; jugement du tribunal de la Seine du 16 novembre 1904..... 50, 123

Expertises médico-légales :

- Recours à un tiers pour la radiographie, demande d'annulation de l'expertise rejetée..... 135
- Ouvrier victime d'un accident non contraint de subir une opération..... 135

Exercice illégal de la médecine. — Voir : *Congrès de médecine légale ; Jurisprudence médico-légale.*

Elections diverses :

- *Membres titulaires* : MM. Dayras, Courtois-Suffit, Mauclaire, Antheaume..... 65
- *Membres correspondants* : MM. L. Garnier (de Nancy), Jagot d'Angers), Lallemand (de Rouen), G. Dutilleul (de Lille), P. Archambaud (de Tours), d'Hardiviller (d'Amiens), R. Charon (d'Amiens), André (de Péronne), Baudin (de Besançon), R. Leroy (d'Evreux). 66
- *Membres honoraires* : MM. Ditte et Guillot..... 121 et 149

Enseignement médico-légal :

- De l'enseignement médico-légal dans les facultés de droit ; communication de M. H. PRUDHOMME (de Lille)..... 138

Honoraires des médecins :

- De la prescription des honoraires des médecins ; jugement du tribunal de la Seine du 11 mai 1904..... 147
- Du privilège des honoraires du médecin ayant soigné la famille du failli..... 121

Institut médico-légal :

- Création d'un institut médico-légal pouvant délivrer des diplômes de *médecin légiste* ; décision ministérielle du 22 juin 1903..... 95

Intervention chirurgicale. — Voir : *Aliénés*.**Jurisprudence médico-légale :**

- Emploi de la radiographie, responsabilité du médecin ou de l'opérateur ; jugements du tribunal de la Seine du 5 janvier et 8 mars 1901..... 118
- Emploi des anesthésiques, responsabilité des médecins ; jugement du tribunal de Château-Thierry du 7 juin 1905 184
- Exercice illégal de la médecine ; magnétiseur non pourvu du diplôme du docteur ; arrêt de cassation du 29 décembre 1900..... 119
- Accidents du travail, hernie ; arrêt de la cour de Rennes et jugement du tribunal de Reims..... 127 et 128
- Voir : *Secret professionnel ; Expertise médico-légale*.

Médecins assermentés :

- Emploi abusif de cette expression..... 166

Médecins-experts :

- Responsabilité, action en dommages-intérêts à laquelle ils peuvent être exposés alors même qu'ils ont été commis par un juge d'instruction..... 50

Médecins-légistes. — Voir : *Institut médico-légal*.**Membres de la Société. — Voir : *Elections diverses*.****Nécrologie :**

- M. le Dr GARNIER ; notice de M. MOTET, président de la Société..... 98

Oeil (blessures de l') :

- Simulation et aggravation volontaires chez les accidentés du travail ; analyse, par M. le Dr VALUDE, d'une étude de M. le Dr BAUDRY..... 168

Oxyde de carbone. — Voir : Asphyxie.**Plaie. — Voir : Armes à feu.****Pyohémie :**

- Un cas de pyohémie consécutive à un traumatisme sans plaie ; étude médico-légale de MM. SOCQUET et BALTHAZARD..... 17

Radiographie :

- Un cas d'anévrisme de l'aorte d'origine traumatique révélé par la radiographie ; communication de M. le Dr Georges BROUARDEL..... 13
- De l'emploi de la radiographie dans les expertises ; communication de M. le Dr GRANJUX..... 40
- De l'emploi des rayons Roentgen..... 148

Responsabilité. — Voir : Jurisprudence médico-légale. Médecins-experts.**Secret médical :**

- Du secret professionnel des médecins ; note d'après la plus récente jurisprudence (Aix, 19 mai 1902 et Cassation, 9 juillet 1904)..... 130
- Le secret médical et la tuberculose des domestiques ; communication de M. le Dr ZUBER..... 176

Séances mensuelles de la société :

9 janvier	1905.....	1
13 février	—	37
13 mars	—	65
10 avril	—	97
8 mai	—	121
19 juin	—	137
10 juillet	—	149
13 novembre	—	165
11 décembre	—	181

Submersion :

- Diagnostic de la submersion par l'étude cryoscopique du sang des noyés ; communication de M. le Dr STOENESCO (de Bucarest), avec tableaux à l'appui..... 54
- Voir : Asphyxie.

Traumatisme :

- Un cas d'anévrisme de l'aorte d'origine traumatique et à symptomatologie anormale révélé par la radiographie ; communication de M. le Dr Georges BROUARDEL..... 13
- Un cas de pyohémie consécutive à un traumatisme sans plaie ; étude médico-légale de MM. SOCQUET et BALTHAZARD..... 17
- Névrite traumatique de la queue de cheval ; rapport médico-légal de M. le Dr A. LAURENT (de Rouen)..... 151



